PRZEGLĄD Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM X. ZESZYT II. MARZEC. KWIECIEŃ. 1914.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału chirurgicznego D-ra Ciechomskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Z kazuistyki ran kłutych nerki

podał

E. LEWENSTERN.

J. S., 20-letni czeladnik rzeźnicki, dnia 4 listopada 1913 r. o godzinie 8-ej wieczorem, będąc mocno podchmielony, został uderzony długim wązkim nożem w prawą okolicę lędźwiową; podobno przez ranę odrazu wylała się duża ilość krwi. Po upływie pół godziny opatrzony przez pogotowie był natychmiast przywieziony do szpitala. Wezwany do chorego o godzinie 9-ej wieczorem, znalazłem co następuje.

Młody człowiek średniego wzrostu mocno zbudowany i bardzo dobrze odżywiany, napół przytomny; na pytania nie odpowiada; chwilami niespokojny, rzuca się, chce zerwać opatrunek; w powietrzu wydechanem nie czuć zapachu alkoholu. Powłoki wogóle i błony śluzowe w szczególe—zupełnie obezkrwione, białe—jak papier. Tętno na obu tętnicach promieniowych nie wyczuwa się wcale; na szyjnych liczy się z mozołem 120 uderzeń na minutę; jest bardzo puste i miękkie. Skóra zimna, język czysty, dość suchy.

W okolicy prawej lędźwiowej tuż pod XII żebrem w odległości 5 cm. od linii środkowej rana cięta, równoległa do żeber, długości 2½ cm.; oględziny zewnętrzne wykazują, iż przebija ona całą grubość tkanki tłuszczowej i drąży w mięśnie tej okolicy; krwawienie z rany bardzo nieznaczne. Opa-

trunek pogotowia, zdjęty przed chwilą, oraz bielizna pacyenta obficie przesiąkły krwią.

Przez cewnik, wprowadzony do pęcherza moczowego, wypłynęło około 200 c. s. moczu mocno krwawego ze skrzepami. Brzuch zapadnięty, miękki, wydaje się niebolesny. Powierzchowne badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje w nich nic godnego uwagi. Wobec stwierdzenia rany nerki mocno krwawiącej postanowiłem przystąpić niezwłocznie do zabiegu; przedtem jednak wstrzyknięto choremu pod skórę 0,5 kamfory oraz 500 cm.^{3} fizyologicznego rozczynu soli kuchennej.

W lekkiem odurzeniu eterowem rozszerzyłem cięcie już istniejące ku górze i ku dołowi w kierunku zwykłego cięcia „nerkowego", i po przecięciu mięśni, które — mówiąc nawiasem — zupełnie nie krwawiły (przez czas całego wogóle zabiegu nie nałożono ani jednej podwiązki na naczynia krwionośne), dotarłem do tkanki okołonerkowej, suto wypełnionej skrzepami krwi. Z wielką łatwością udało się obejść palcami nerkę i wyłonić ją nazewnątrz. Nerka ma kształt, wielkość i zabarwienie prawidłowe; na powierzchni wypukłej—przeciwległej wnęce—bliżej bieguna górnego znajduje się poprzecznie idąca rana cięta, obejmująca całą grubość nerki aż do jamy miedniczkowej; powierzchnie przekroju są idealnie gładkie; widać na nich zarysy istoty korowej i piramid; nerka nie krwawi wcale. Na miejsce zranienia nałożono 5 szwów węzełkowych z grubej struny, poczem, upewniwszy się, że naczynia główne nerkowe nie są uszkodzone, opuszczono nerkę w jej łożysko. W tej chwili zauważono, iż w górnej części rany — z głębi jamy otrzewnej wydobywa się pętla kiszki cienkiej; najwidoczniej — nóż, zraniwszy nerkę, drążąc dalej, naciął otrzewną. Kiszkę wydobyłem nieco nazewnątrz i, nie znalazłszy na niej obrażenia, odprowadziłem przez otwór rany otrzewnej na miejsce właściwe. Do otrzewnej wślad za kiszką wprowadziłem pas gazy wioformowej; podobny, lecz szerszy, pas włożyłem pod biegun dolny nerki; ranę zaszyłem częściowo szwem dwupiętrowym węzełkowym. Zwykła opaska bezgnilna.

Zabieg chory zniósł względnie dobrze. W ciągu nocy wstrzyknięto mu pod skórę pięciokrotnie kamforę; nazajutrz rano zastałem obraz następujący: przytomność zupełna, tętno liczy się nieźle na obu tętnicach promieniowych: 130 uderzeń na minutę. Opatrunek obficie przekrwawił. Rano oddał sam mocz mocno krwawy w ilości 200 cm.^{3}. Brzuch zapadnięty niebolesny.

D. 6 listopada. Samopoczucie o wiele lepsze, tętno pełniejsze. Opatrunek przeciekł surowicą krwistą (mocz?). Ciepłota 39,0^0.

D. 7 listopada. Mocz oddaje w ilości znacznej—około 1200 cm.^{3}, krew stwierdza się w nim jedynie pod drobnowidzem. Samopoczucie coraz lepsze; dopomina się o jedzenie. Było samoistne wypróżnienie. Mimo to ciepłota: 38,7^0—39,1^0.

D. 8 listopada. C. 38,3^0 — 38,4^0. W płucach nic nieprawidłowego nie stwierdza się. Badanie moczu: ilość dobowa 1350 c. s., ciężar właściwy 1015; białka i cukru niema; przezroczystość prawie zupełna; barwa — jasnożółta; w osadzie bardzo skąpym nieliczne krwinki czerwone.

D. 10 listopada. Obok zupełnie dobrego samopoczucia ciepłota wciąż trwa na poziomie 38,5⁰—38,8⁰. Dreszczy nie miał ani razu; sen, łaknienie— w porządku. Wyjęto pasy gazy z rany i rozpuszczono połowę szwów dolnych. Ropienie w głębi rany minimalne; zatrzymywania się ropy nigdzie niema. Powierzchnia rany nieco szara. Do otrzewnej wprowadzono nowy pas gazy.

D. 15 listopada. Położenie zmieniło się tylko o tyle, że wahania dobowe ciepłoty zrobiły się większe: rano 37,5⁰, wieczorami 39,0⁰. Mocz stale przezroczysty, prawie bez osadu. Rozpruto całą ranę; powierzchnia jej czysta; lecz ziarnina b. nieobfita. W głębi rany widać nerkę i szwy na niej; w obrębie szwów tkanka nerki szara, nie krwawa. W tkance pozaotrzewnowej na przebiegu moczowodu nie wyczuwa się żadnego nacieku. Pas, wyjęty z otrzewnej, przepojony wydzieliną surowiczokrwistą. Do rany nalano zawiesiny jodoformowej i wypełniono ją gazą wioformową.

D. 18 listopada. Bez zmiany; chory wciąż gorączkuje; źródło gorączki wykryć nie daje się.

D. 22 listopada. C. 40,4⁰. W moczu napozór czystym stwierdzono nieliczne (po 5—15 na polu widzenia) ciałka ropne; białka i wałeczków niema wcale. Powierzchnia rany sucha, blada: wydzielina bardzo skąpa.

D. 25 listopada. Wobec nieustającej zwiększonej ciepłoty, nie dającej wytłómaczyć się jakiemikolwiek zmianami w narządach wewnętrznych, chorego uśpiono eterem i przystąpiono do oględzin drobiazgowych rany i jej okolic; kanał lejkowaty, prowadzący ku otrzewnej, oraz tkanka łączna okołonerkowa i okołomoczowodowa nie wykazały nic podejrzanego. Wówczas uruchomiono nerkę, rozrywając palcami lekkie zrosty i masy ziarninowe, i wydobyto ją na zewnątrz; okazuje się, iż szwy, nałożone w przebiegu pierwszej operacyi, puściły zupełnie, wskutek czego rana szeroko zieje; powierzchnia jej szara, postrzępiona; w odległości około 1 cm. poniżej brzegu dolnego tej rany wyczuwa się w miąższu narządu — tuż pod otoczką — miejsce twardsze, nacieczone; otoczka, przylegająca do tego terenu, na przestrzeni wielkości monety kopiejkowej wyraźnie przekrwiona. Pozostałe części nerki tak co do zabarwienia, jak i spójności — robią wrażenie zdrowych.

Mimo pozornie tak nieznacznych zmian w nerce postanowiono ją usunąć, upatrując w tem jedyną drogę do uratowania pacyenta. Z łatwością przewiązano i przecięto między dwiema podwiązkami naczynia nerkowe, poczem wydzielono nizko moczowód i przepalono go żegadłem ponad podwiązką jedwabną. Rany nie zaszyto, lecz wypełniono ją szczelnie gazą wioformową.

Pozostawiając badanie usuniętej nerki na koniec opisu, przytaczamy w skróceniu dalszy przebieg choroby.

D. 26 listopada t. j. nazajutrz po operacyi chory bardzo osłabiony; tętno 120, małe; C. 39,0⁰. Pije obficie herbatę i wodę przegotowaną. Wymiotów nie było. W ciągu doby moczu 720 c. s.; jest on zupełnie przezroczysty; ciężar właściwy 1022; białka nie zawiera.

D. 27 listopada. C. 38,0⁰ — 39,3⁰. Moczu 750 c. s.

D. 28 listopada. C. 37,4⁰ — 39,5⁰. Moczu okołe 700 c. s.

D. 29 listopada. C. 38,3° — 39,4°. Pije mało; język obłożony, suchy. Moczu 650 c. s. — bez osadu.

D. 30 listopada. Poraz pierwszy spadek ciepłoty niżej 37,0° rano; wieczorem 38,0°. Samopoczucie wyraźnie lepsze. Dopomina się o jedzenie; wypija mleka około litra. Na pasku gazy, wyjętym z rany z zagłębienia, prowadzącego do otrzewnej, znajduje się niewielka plama żółta; zbadano ją i okazuje się, że zawiera ona barwniki żółciowe.

D. 5 grudnia. W ciągu ostatnich dni ciepłota wieczorowa nie przekracza 37,6°; ranna — 36,8°. W górnym uchyłku rany stale pokazuje się w minimalnej ilości wydzielina o mocno żółciowem zabarwieniu. Stan ogólny coraz lepszy. Moczu z doby więcej, niż 1000 cm.³.

D. 10 grudnia C. między 37,0° a 37,7°. Raną ziarninuje bardzo dobrze.

W dalszym przebiegu osiągnięto bez żadnych powikłań zabliźnienie rany w połowie stycznia 1914 r. Żółć przestała pokazywać się na 3 tygodnie przed zagojeniem.

Poraz ostatni widziałem pacyenta w końcu lutego; czuje się zupełnie dobrze; wrócił do swej pracy zawodowej.

Badanie usuniętej nerki:

Makroskopowo: kształt prawidłowy; wymiary: podłużny 10½ cm., poprzeczny 6½ cm.; powierzchnia anemiczna, nieco matowa; otoczka zdejmuje się z łatwością. Na powierzchni wypukłej w części górnej w odległości 4 cm. od bieguna górnego rana poprzeczna, zagłębiająca się na 4 cm. w istotę nerki i dochodząca do światła miedniczki; powierzchnie rany — górna i dolna — rozchodzą się pod kątem około 30°; na ranie szary sadłowaty nalot, sięgający wgłąb na 2—3 milimetry; brzegi rany—na pograniczu z otoczką — zaokrąglone, nazewnątrz wywinięte, nierówne. Idąc niżej po powierzchni wypukłej narządu w odległości 2 mm. od brzegu dolnego wyżej opisanej rany widzimy na przestrzeni wielkości monety 2-kopiejkowej sinoczerwoną plamę, ponad którą otoczka jest nieco wygórowana i bardziej matowa; palcami wyczuwa się tu stwardnienie tkanki nerkowej o granicach dość ostrych wielkości małego orzecha włoskiego. Na przekroju sekcyjnym okazuje się, iż opisane stwardnienie ma kształt wycinka, zagłębiającego się na 1¼ cm. i nie przekraczającego istoty korowej; granice tego ogniska są zupełnie ostre; odcina się ono wyraźnie swem ciemnem zabarwieniem od otaczającej tkanki prawidłowej. Po powierzchni ogniska przebiegają równolegle w kierunku od obwodu ku wnęce pasma jasne, szarawe o średnicy mniejszej, niż 1 mm. Na przekroju prostopadłym do sekcyjnego pasma te przedstawiają się w postaci plamek gęsto równomiernie usianych; w środku każdej plamki widać maleńkie zagłębienie, jak gdyby przekrój poprzeczny światła rurki. Naciskając na nerkę, wygniatamy z opisanych rurek płyn ropiasty, w którym pod drobnowidzem istotnie wykrywa się wielka ilość ciałek ropnych. Części pozostałe nerki robią wrażenie zupełnie zdrowych; stosuje się to również do powierzchni miedniczki i moczowodu.

Badanie drobnowidzowe kawałka, wyciętego z brzegu tkanki chorej, łaskawie przez kolegę Moczulskiego dokonane, wykazuje, co następuje: miejscami zupełne zatarcie budowy bądź przez rozpad, bądź przez nagro-

madzenia limfocytowe, które przedstawiają się, jako rozlane, niekiedy ograniczone skupienia białych ciałek. Kłębki Malpighiego, otoczka Bowmana najczęściej nacieczone limfocytami. Podobne nacieczenia spotykają się pomiędzy kanalikami. W kanalikach miejscami nabłonek złuszczony. Naczynia krwionośne zarysowują się wyraźnie, wypełnione najczęściej przez czerwone i białe ciałka krwi. Dużo spotyka się wynaczynień. Badanie bakteryologiczne dało wynik ujemny. Zatem w streszczeniu przypadek nasz przedstawia się, jak następuje: młody, do tej pory zupełnie zdrowy człowiek otrzymuje głębokie zranienie nerki, połączone z wielką utratą krwi; na ranę nerki nałożono szwy; już nazajutrz po wypadku chory zaczyna mocno gorączkować, gorączka, nie dająca się wytłómaczyć jakiemikolwiek zmianami w innych narządach, trwa bez przerwy 3 tygodnie, dochodząc w końcu do 40,5°; usunięcie zranionej nerki, w której znaleziono ograniczone nacieczenie ropne, kończy się wyzdrowieniem pacyenta.

* * *

Dzięki swemu głębokiemu położeniu, zabezpieczającemu od uszkodzeń z jednej strony przez żebra, z drugiej—przez gruby pokład mięśni lędźwiowych, nerka względnie bardzo rzadko ulega urazom, przyczem o wiele częstsze są urazy podskórne w wyniku zgniecenia, przejechania, upadnięcia ze znacznej wysokości, niż urazy, wywołane przez zranienie zzewnątrz, przez powłoki, mianowicie rany cięte, kłute i postrzałowe.

O stosunku wzajemnym powyższych dwóch odmian obrażeń nerki daje nam pojęcie statystyka Küstera, który na 30,000 chorych z kliniki w Bazylei znalazł 10 uszkodzeń nerek, a w tem tylko jedno naskutek zranienia zzewnątrz.

Herzog na 7805 protokułów sekcyjnych Instytutu anatomopatologicznego w Monachium podał 16 pęknięć nerki podskórnych i znów tylko jedną ranę kłutą. Z całego piśmiennictwa odnośnego od roku 1896 Küster zgromadził zaledwie 43 przypadki zranień nerki otwartych.

Według P. Wagnera — do roku 1908 w całem piśmiennictwie na 771 obrażeń nerek wogóle—ran otwartych (nie licząc postrzałów) było tylko 60.

Rany postrzałowe nerek są zjawiskiem znacznie częstszem, zwłaszcza w statystyce wojennej; łączą się one przeważnie z obrażeniami innych narządów, dzięki czemu w obrazie klinicznym uszkodzenie nerki schodzi na plan dalszy.

W piśmiennictwie naszem nie udało mi się odnaleźć ża-

dnej pracy, omawiającej otwarte zranienia nerek; uszkodzeń podskórnych opisano też niewiele. Prof. Kryński na posiedzeniach chirurgicznych Warsz. Tow. Lek. w latach 1909 i 1910 przedstawił trzy przypadki podskórnych obrażeń nerki; wszystkie one były ciężkie, przyczem 2 z nich miały zejście śmiertelne wskutek gwałtownych krwotoków; w jednym z tych przypadków dodatkowo rozerwana była wątroba; w drugim — żyła nerkowa.

Cegłowskiemu z oddziału D-ra Ciechomskiego zawdzięczam opis następujący, gdzie zranienie nerki ustąpiło na plan drugi wobec ciężkiego jednoczesnego uszkodzenia śledziony.

W. C., lat 23, d. 18 sierpnia 1913 r. o godz. 10 wieczorem został zraniony nożem w lewy bok; po upływie kilku minut (?) zemdlał wskutek wielkiego krwotoku z rany; przeniesiono go natychmiast do szpitala. Tu znaleziono co następuje: tętno 100, słabego napięcia; na lewym boku przy końcu wolnym 11 żebra rana kłuta, drążąca wgłąb; przez nią wydobywa się kawałek sieci; w pęcherzu moczowym liczne skrzepy krwi. Natychmiast przystąpiono do operacyi: rozszerzono ranę, wycięto część 10-go i 11 żebra; po otworzeniu jamy otrzewnej ujrzano śledzionę przeciętą do połowy; nałożono na nią 5 szwów; zaszyto również zraniony uchyłek opłucnej. W głębi rany dotarto do nerki lewej, której biegun górny okazał się przecięty skośnie do głębokości około 3 cm. Pasem gazy wytamponowano tę ranę; wytamponowano również i jamę otrzewnej, poczem nałożono szwy na otrzewną w ten sposób, by możliwie odciąć ją od gazy, włożonej do nerki.

Przebieg pooperacyjny pomyślny: krwiomocz ustąpił po 5 dniach; objawy podrażnienia otrzewnej były b. nieznaczne.

D. 17 września 1910 r. pacyent wypisał się zdrów z raną powierzchowną.

Rozpoznawanie ran kłutych lub ciętych nerki nie nastręcza wogóle poważniejszych trudności: stwierdzenie krwi w moczu ma tu znaczenie rozstrzygające; oczywiście w przypadku rany nie drążącej do światła miedniczki, względnie—kielichów, krwawienia do pęcherza moczowego może wcale nie być.

Pamiętajmy, iż uszkodzenie moczowodu może być źródłem nieporozumień rozpoznawczych: w pęcherzu będzie gromadzić

się krew bez uszkodzenia nerki. Teoretycznie możliwe jest i takie zranienie, w którem jednocześnie z raną nerki następuje całkowite przecięcie moczowodu; wówczas w pęcherzu moczowym może wcale nie być krwi z tego powodu, iż moczowód utracił łączność z nerką.

Mocz, płynący przez ranę skórną, stanowi nieomylny dowód zranienia tkanki nerkowej; jednak w przypadku świeżym, gdy rana krwawi znacznie, nie łatwo jest stwierdzić obecność moczu.

Co się tyczy sposobów postępowania w zranieniu nerki, wszyscy, omawiający tę sprawę, zgadzają się na jedno: należy działać zachowawczo, unikając w miarę możności doraźnego pierwotnego usuwania nerki.

Albarran w znanej swej chirurgii operacyjnej dróg moczowych zaleca jako metodę wyboru — rozszerzenie rany, prowadzącej do nerki, i rozległe tamponowanie. Usunięcie całego narządu może być wytłómaczone jedynie ciężkością obrażenia nerki i pochodzącem stąd krwawieniem, które na drodze zachowawczej opanować się nie daje. Podobny przypadek opisuje Sołowow (Moskwa): nerka była przecięta na dwoje razem z naczyniami i moczowodem; groźne krwawienie opanowano dopiero po usunięciu nerki, przyczem na kikucie naczyniowym wypadło zostawić kleszczyki. Naogół krwawienie z przeciętej nerki zwykle jest bardzo wielkie niezależnie nawet od wymiarów samej rany; chorzy operowani po upływie godziny lub wcześniej nieraz bywają bez tętna, co widzieliśmy w naszym przypadku.

Wskazanie do wtórnego wycięcia nerki dać może: 1) długotrwałe i uporczywe krwawienie, nie dające się opanować na drodze tamponowania i 2) zakażenie rany, względnie wytworzenie się w niej sprawy ropnej. Do odmiany ostatniej zalicza się nasz przypadek.

Ropienie w nerce wogóle — jak wiadomo powszechnie — może mieć dwa punkty wyjścia: 1) z dróg moczowych niżej położonych — ropienie wstępujące; wówczas zajęta bywa przedewszystkiem warstwa rdzenna, obfitująca w kanaliki moczowe, 2) przy udziale dróg krwionośnych — ropnie przerzutowe, jako następstwo zdala od nerki istniejących spraw ropnych, np. wrzo-

dzianki i t. d.; w tym razie zajęta jest przedewszystkiem warstwa korowa, mająca gęstą sieć naczyń, pochodzących z tętnic międzyzrazikowych. Dmochowski w swej Dyagnostyce anatomopatologicznej zwraca uwagę na okoliczność następującą: czasami, badając drobnowidzowo ropnie nerki pochodzenia niezbicie przerzutowego, widzimy, iż rozwijają się one nie w naczyniach krwionośnych — jak należałoby się z góry spodziewać, lecz w kanalikach moczowych, skąd możnaby przyjść do wniosku mylnego, iż punktem wyjścia zmian ropnych są drogi moczowe; w gruncie rzeczy pasorzyty ugrzęzły pierwotnie w pętlicach kłębka i dopiero wtórnie, zniszczywszy go, przedostały się do otoczki, a z niej do kanalików moczowych. By w podobnych razach ustrzedz się od wniosków z prawdą niezgodnych, należy zbadać starannie stan błony śluzowej dróg moczowych niżej położonych, a brak w nich zmian chorobowych ustali rozpoznanie ropnia przerzutowego. Podobne do opisanego przed chwilą zjawisko mieliśmy po części i w naszym przypadku: obraz drobnowidzowy wykazał zmiany jednocześnie w naczyniach krwionośnych i w kanalikach moczowych. Należy zresztą zwrócić uwagę, iż sposób powstania nacieków ropnych w badanej przez nas nerce nie może być sprowadzony do żadnego z dwóch typów, ogólnie przyjętych: nie było tu ani przerzutu na drodze krwionośnej z okolic odległych, ani też zakażenia z dołu; w następstwie zranienia miąższu nerki zostały otwarte jednocześnie tak drogi moczowe, jak i krwionośne; zarazek poszedł przeto w obu kierunkach; że zaś ostatecznie sprawa umiejscowiła się w warstwie korowej, nie przenikając do piramid, przeto — zgodnie z orzeczeniem Dmochowskiego— musimy przyznać przewagę zakażenia układu krwionośnego. Smugi szare widoczne gołem okiem są to niewątpliwie naczynia krwionośne—tętnice międzyzrazikowe, wypełnione krwinkami białemi.

Jakie znaczenie w przebiegu choroby ma ropienie w miąższu nerki na przestrzeni nawet bardzo ograniczonej, mieliśmy możność widzieć w naszym przypadku: długotrwała, wyniszczająca gorączka ustąpiła dopiero po wyłuszczeniu nerki. Niewątpliwie większą rolę odgrywa tu jakość zarazka, niż ilość zmian przez niego wywołanych; szkoda wielka, iż nie udało się

nam określić rodzaj grzybka, wywołującego ropienie; kol. Moczulski zaznaczył jedynie, iż „badanie bakteryologiczne dało wynik ujemny“. Podług opisów Israela i Dmochowskiego w przypadkach ropni kanaliki nerkowe i naczynia bywają wypełnione drobnoustrojami, między którymi często spotyka się łasecznik okrężnicy.

Możnaby zadać sobie pytanie, czy sprawy chorobowe, o których mowa, były wskazaniem dostatecznem do całkowitego usunięcia nerki. Wiadomo, iż w pewnych razach ropnie nerkowe otarbiają się, gęstnieją, wapnieją i tracą całkowicie swą złośliwość (Dmochowski); z drugiej strony wiadomo, iż podejmowano zabiegi zachowawcze — wycinanie częściowe — nietylko ropniaków, lecz nawet nowotworów nerek, o czem na Zjeździe X Lekarzy i Przyrodników polskich przemawiał prof. Kader; możnaby przeto uczynić mi zarzut z nazbyt doszczętnego zabiegu. Na usprawiedliwienie swoje zwrócę uwagę, iż chora była nietylko część, zajęta przez nacieki ropne, lecz i cała okolica pierwotnej rany, której powierzchnia bardzo rozległa dawała obraz całkowitej zgorzeli. Wypadłoby przeto usunąć conajmniej pół narządu, narażając pacyenta z wielkiem prawdopodobieństwem na to, iż w części pozostawionej rozwiną się nowe ropnie. Na podobne doświadczenie nie pozwalał stan ciężki chorego.

Natomiast inna okoliczność sprawy wymaga omówienia: w dzisiejszym stanie wiedzy urologicznej nie wolno usuwać jednej nerki, dopóki nie przekonamy się o sprawności drugiej — pozostać mającej; tymczasem w przypadku naszym wiadomo było tylko ogólnikowo, iż mocz jest zdrowy i wydala się w ilości dostatecznej; zaś o pracy nerki lewej poszczególe nic określonego nie wiedzieliśmy; oparliśmy się jedynie na tym punkcie wywiadów, który głosił, iż pacyent zawsze był zdrów, żadnych chorób zakaźnych nie przechodził; przymiot, rzerzączka, wreszcie obarczenie gruźlicze—nieobecne; a więc obie nerki przed wypadkiem z wielkiem prawdopodobieństwem były zdrowe.

Słowo uwagi należy się szwom, nałożonym na nerkę i ich losowi w dalszym przebiegu. Mieliśmy do czynienia z raną o powierzchni i brzegach bardzo równych; szew nakładano ze

struny w miarę grubej, nie nazbyt mocno; brzegi rany dostosowały się dokładnie, nie przerzynały się wcale; przewidywany był rychłozrost; tymczasem na preparacie usuniętej nerki widzimy, iż zrost wcale nie nastąpił i cała powierzchnia rany uległa zgorzeli; stało się to niewątpliwie za sprawą pierwotnego zanieczyszczenia rany podczas uderzenia nożem. W ten sposób zaszycie szczelne rany nie dało zarazkom ujścia nazewnątrz i z wielkiem prawdopodobieństwem sprzyjało ich wtargnięciu wgłąb tkanki nerkowej.

W opisie przebiegu choroby zwrócono uwagę na wydzielinę żółciową z głębi rany; pokazywała się ona w ilości nader małej w przeciągu nie dłużej nad 10 dni; jakie było jej pochodzenie, trudno orzec; zadraśnięcie końcem noża tkanki wątrobowej wydaje mi się najprawdopodobniejsze; uszkodzenie jelita lub przewodu żółciowego powinno byłoby dać objawy burzliwsze.

Z rozbioru opisanego przypadku oraz danych odnośnego piśmiennictwa możemy wyprowadzić następujących kilka wniosków:

1. Rany otwarte nerki są kilkanaście razy rzadszc, niż jej uszkodzenia podskórne.
2. Powodują one zwykle bardzo duże krwawienie, które jednak najczęściej daje się opanować za pomocą operacyi zachowawczej: tamponacyi lub szwów.
3. W bardzo nielicznych przypadkach, rzadziej, niż po uszkodzeniach podskórnych w nerce rozwija się ropienie.
4. Doraźne szczelne zaszycie rany nerki może sprzyjać rozwojowi ropienia w niej.
5. Obecność tego rodzaju ropienia może nie pociągać za sobą wyraźnych zmian w moczu (analogicznie do zamkniętych jam rozpadowych gruźliczych).

Przedmiotem tym zajmował się Baum i doszedł do wniosku, iż małe, zamknięte ropnie nerki mogą nie dawać wcale ropomoczu, natomiast zawsze dają bacteriuriam; w celu wykrycia małych ilości drobnoustrojów należy szczepić mocz na bulionie i agarze. Próby tej w naszym przypadku — niestety — nie robiono.

6. Bardzo małe, ściśle ograniczone ogniska ropne nerki mogą powodować uporczywe zatrucie ustroju — dawać dużą i długotrwałą gorączkę.
7. Usunięcie nerki w podobnych razach prowadzi do prędkiego wyleczenia.

ŹRÓDŁA.

Dmochowski. Dyagnostyka anatomopatologiczna.

Kader. Operowanie zachowawcze nerek. (Pamiętnik X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich).

Kryński. Z kazuistyki urazów podskórnych nerek. (Sprawozdania z posiedzeń Chirurgicznych W. T. L.).

Israel. Chirurgia dróg moczowych.

Albarran. Chirurgia operacyjna dróg moczowych.

Schede. Urazy nerek (z Handbuch der Prakt. Chir. T. III, cz. 2).

Sołowow. 2 przypadki ran ciętych nerki. (Zeitschr. für Urologie. T. VI, zesz. 2).

Baum. W sprawie rozpoznawania ropni nerek. (Praca oryginalna. Zentr. f. Chir. Rok 1911, № 28).

Z oddziału chirurgicznego D-ra Bronisława Sawickiego
w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Przyczynek do kazuistyki ujemnego działania wysokiego ułożenia miednicy (położenia Trendelenburga) podczas operacyi

podał

STANISŁAW ROTBERG.

Najbardziej pożyteczna rzecz może w pewnych warunkach krzywdę wyrządzić. To też wysokie ułożenie miednicy, środek w znacznym stopniu ułatwiający większość zabiegów w jamie brzusznej, a zwłaszcza w miednicy małej, powodować może w niektórych przypadkach, jak niżej przekonamy się, najróżnorodniejsze powikłania, a nawet i śmiertelne zejście.

Kraske na XXXII posiedzeniu niemieckiego towarzystwa chirurgicznego w Berlinie 3 czerwca 1903 r. pierwszy zwrócił uwagę na powikłania wyniknąć mogące w następstwie wysokiego ułożenia miednicy podczas operacyi.

Uznając ogromne ułatwienie w wykonaniu większości zabiegów chirurgicznych jamy brzusznej w wysokiem ułożeniu miednicy, Kraske zaznacza, iż wartość tego położenia byłaby znacznie wyższa, gdyby warunki, w jakich ono ujemnie na ustrój działa, były ściśle określone, a w stosowaniu jego zachowywano pewną ostrożność.

Przechodząc do ujemnych stron wysokiego ułożenia miednicy, przytacza autor przedewszystkiem zebrane z piśmien-

nictwa przykłady. Madlener i Witthauer obserwowali porażenia nerwu strzałkowego skutkiem ucisku przez przyrząd do umocowywania nóg. Madlener, M. Graefe i Caspersohn widzieli rozedmę tkanek jamy brzusznej po cięciach brzusznych w wysokiem ułożeniu miednicy. Powstawanie rozedmy tej tłómaczą autorowie w ten sposób, że w czasie operacyi na skutek pochyłego położenia dostaje się do jamy brzusznej nadmiar powietrza, które to powietrze następnie podczas ruchów wymiotowych wtłacza się po przez szwy otrzewnowe pomiędzy tkanki ściany brzusznej. Podobne powikłania nie przyczyniają jednak choremu trwałej krzywdy i wobec tego nie mogą być brane w rachubę. Rozedmie można zapobiedz np. w ten sposób, że przed zaszyciem ściany brzusznej należy usunąć nagromadzone w jamie powietrze za pomocą uprzedniego przywrócenia choremu położenia poziomego.

W dalszym ciągu Kraske szczególną zwraca uwagę na poważne powikłania wskutek tak wyraźnej zmiany stosunków i warunków krwiobiegu, jaka powstaje w wysokiem ułożeniu miednicy, zwłaszcza w przypadku chorób serca lub naczyń krwionośnych. Tu przytacza Kraske 2 niepomyślne swoje przypadki, które tylko we wskazany sposób wytłómaczyć może. W obydwóch przypadkach wypadło dokonać cięcia nadłonowego z powodu kamieni pęcherza moczowego. W obydwóch — wyraźne zwyrodnienie mięśnia sercowego, ciężkie zapalenie pęcherza moczowego. Przebieg operacyi w obu przypadkach, zawdzięczając wysokiemu ułożeniu miednicy, był zupełnie pomyślny. Ze strony ran żadnych powikłań nie spostrzegano.

Stan bezgorączkowy. Bezpośrednio po operacyi u obu pacyentów występuje wyraźny upadek działalności serca, tętno przyśpieszone, drobne, nikłe, nierówne i takie pozostaje bez względu na stosowanie wszelkich możliwych środków zaradczych. Obydwaj pacyenci zmarli, jeden następnego dnia po operacyi wieczorem, drugi—w 5 dni po operacyi. U obu do znieczulenia ze względu na serce stosowany był eter.

W powyższych przypadkach nadmierne przepełnienie prawego serca i wysokie ciśnienie słupa krwi w żyle głównej dolnej wskutek wysokiego ułożenia miednicy spowodowało, zdaniem autora, ostre rozszerzenie mniej odpornych ścian chorego serca.

Nie zastanawiając się długo nad powyższymi przypadkami wobec niemożności sprawdzenia z pewnych względów za pomocą oględzin pośmiertnych (obaj chorzy wyznania mojżeszowego) swojego twierdzenia, przechodzi Kraske do innych przypadków, w których ujemne strony wysokiego ułożenia miednicy uwydatniły się znów w innym kierunku.

Wktrótce po wprowadzeniu do praktyki wysokiego ułożenia miednicy dokonał Kraske u 63-letniego naogół zdrowego, bardzo otyłego mężczyzny cięcia nadłonowego. Operacya w tem właśnie położeniu (w grudniu 1892 r.) miała przebieg zupełnie prawidłowy i trwała około 25 minut. Chory dostał bardzo mało chloroformu, zaraz po operacyi czuł się zupełnie dobrze. Nazajutrz atoli skarży się na pełność w brzuchu i zatrzymanie wiatrów. Brzuch wzdęty, na ucisk nie bolesny, stan bezgorączkowy, tętno mocne, nie przyśpieszone. Drugiego dnia—brak wypróżnienia, zatrzymanie wiatrów, brzuch jeszcze bardziej wzdęty, tętno słabe, przyśpieszone. Objawy te coraz bardziej wzmagają się, aż trzeciego dnia — wyraźnie występuje jakaś mechaniczna przeszkoda w drożności kiszek. Wlewania do odbytnicy, zmiana położenia nie odnoszą żadnego skutku, wobec czego czwartego dnia przystąpiono do cięcia brzucha.

Po otworzeniu jamy brzusznej odeszły samoistnie obfite wiatry, chory poczuł ogromną ulgę, tego samego dnia wypróżnienie i wkrótce zupełne wyzdrowienie.

W dalszym ciągu podaje Kraske przypadek o wiele cięższy, który posłużył właściwie za powód do omawianej tu pracy. D. 9 stycznia 1903 r. u 58-letniego mocnego, otyłego mężczyzny w wysokiem ułożeniu miednicy dokonał cięcia nadłonowego. Operacya miała przebieg bez powikłań, trwała 20 minut. Po spokojnej stosunkowo nocy następnego dnia występują wymioty śluzowe, żółciowo zabarwione. Wieczorem brzuch nieco wzdęty, zatrzymanie wiatrów. Drugiego dnia—brzuch bardziej wzdęty; żadnych bólów brzucha bądź samoistnych, bądź też na ucisk. Chory bardzo niespokojny. Wymioty trwają, wieczorem — z nieznaczną domieszką krwi. Na trzeci dzień (12 stycznia) wzdęcie brzucha znaczniejsze, wymioty z większą domieszką krwi; ciepłota 36,1, tętno niezupełnie miarowe. Wieczorem — prawie czysto krwawe wymioty, zupełne zatrzymanie

wiatrów. Ostrożne przemywanie żołądka przynosi choremu znaczną ulgę. Dalej 13 stycznia silne krwawe wymioty, zatrzymanie wiatrów, brzuch wzdęty, niebolesny; tętno — pomimo kilkakrotnego wstrzyknięcia pod skórę fizyologicznego rozczynu soli — liche.

W południe cięcie brzucha w znieczuleniu miejscowem. Po otworzeniu jamy brzusznej znaleziono sieć skłębioną pod wątrobą w ten sposób, że uwięzła ona w przestrzeni pomiędzy dolną powierzchnią wątroby z jednej strony, a okrężnicą poprzeczną i krezką okrężnicy z drugiej. Okrężnica poprzeczna przytem tak mocno dookoła osi swojej skręcona, że światło jej zupełnie zamknięte. Okrężnica wstępująca silnie wzdęta, wówczas gdy lewa część okrężnicy poprzecznej i zstępująca — puste. Nie bez trudu udało się sieć uwolnić, poczem zawartość okrężnicy wstępującej, składająca się przeważnie z gazów, ruszyła w kierunku odkręconej okrężnicy poprzecznej i dalej tak, że podczas zaszywania ściany brzusznej i opatrunku wydaliły się przez odbyt ogromne masy kału. Pomimo to śród wzmagającego się osłabienia chory wkrótce zmarł. Sekcya wykazała na śluzówce małej krzywizny żołądka tuż przy odźwierniku mnóstwo wynaczynień, a pomiędzy niemi — liczne owrzodzenia śluzówki.

Tłómaczy to Kraske w ten sposób, że, podczas gdy chory znajdował się w wysokiem ułożeniu miednicy, niezmiernie otłuszczona i przez to ciężka sieć opadła w kierunku przepony i oparła się o dolną powierzchnię wątroby. Prześlizgnąwszy się po drodze po przedniej powierzchni okrężnicy poprzecznej, spowodowała skręcenie tej ostatniej.

Po przywróceniu zaś choremu położenia poziomego skłębiona sieć uwięzła w przestrzeni pomiędzy wątrobą a skręconą i ku górze przeciągniętą okrężnicą poprzeczną, utrzymując tę ostatnią skręconą i powodując tym sposobem jej niedrożność.

W poprzednim przypadku przeszkoda znajdowała się niżej, w okolicy esicy, wobec czego autor przypuszcza, że chodziło o skręcenie tego właśnie odcinka kiszki. Tam również — zdaniem autora — na skutek wysokiego ułożenia miednicy nastąpiło przemieszczenie jelit, mocno zaś otłuszczona krezka, a zwłaszcza duże, otłuszczone i ciężkie przydatki krezkowe spo-

wodowały, a w każdym bądź razie — przyczyniły się do podobnego zjawiska.

Z dostępnego piśmiennictwa przytacza Kraske 2 przypadki Schauty niedrożności kiszek po operacyach w wysokiem ułożeniu miednicy (Ueber die Beckenhochlagerung bei gynäkologischen Operationen, Wiener mediz. Wochenschr. 1892, № 1). W jednym przypadku skręcenie wywołało pęknięcie kiszki i było potwierdzone oględzinami pośmiertnemi. W drugim—rozpoznał Schauta skręcenie, dokonał operacyi, lecz chora pomimo to zmarła na skutek zapalenia płuc.

Schauta również za przyczynę skręcenia kiszek w powyższych przypadkach uznaje wysokie ułożenie miednicy, a mechanizm skręcenia doświadczalnie wyjaśnił na zwłokach. Ze względu na różnicę stosunków na zwłokach zupełnego skręcenia kiszek otrzymać nie udało mu się. Przekonał się natomiast Schauta, że przemieszczone z powodu wysokiego ułożenia miednicy kiszki po przywróceniu położenia poziomego powracają na swoje miejsce wówczas tylko, gdy przywrócenie poziomej pozycyi odbywa się przy otwartej jeszcze jamie brzusznej. Z tego właśnie powodu Schauta zasadniczo po operacyach w wysokiem ułożeniu miednicy zaszywa ścianę brzuszną, czy też nałożone na otrzewną szwy zawiązuje dopiero po uprzedniem przywróceniu położenia poziomego, i wówczas za pomocą potrząsania chorego sprawdza prawidłowe ułożenie kiszek.

Powracając wreszcie do własnych przypadków, i szukając przyczyny krwawych wymiotów ze śmiertelnem zejściem, Kraske powołuje się na Eiselsberga. Ostatni w przemówieniu o żołądkowych i dwunastnicowych krwawieniach pooperacyjnych przytoczył kilka przypadków, gdzie po brzusznych operacyach następowały wymioty krwawe. Przyczynę tych krwawień Eiselsberg upatruje w zawleczeniu zakrzepów na skutek zwrotnych zatorów. W swoim przypadku powstanie krwawienia żołądkowego Kraske przypisuje owrzodzeniu śluzówki. To zaś ostatnie uważa jako następstwo znacznej zastoiny w żyle żołądkowej górnej, która wraz z rozgałęzieniami żyły wrotnej znajdowała się pod uciskiem skłębionej sieci. Tu Kraske zadaje sobie pytanie, czy długotrwałe wysokie ułożenie miednicy bez względu na przemieszczenie sieci jest w stanie wywołać

znaczną zastoinę w żyłach żołądka i powodować wynaczynienia. Ze względu na ciężar trzew, zwłaszcza otłuszczonych, które w wysokiem ułożeniu miednicy wywierają znaczny ucisk na wątrobę wraz z całem rozgałęzieniem znajdujących się tam żył, Kraske wnioskuje, iż podobne wynaczynienia na śluzówce żołądka są zupełnie możliwe. Z przypadków, podanych przez Eiselsberga, nie wiadomo, czy stosowane tam było wysokie ułożenie miednicy.

W końcu Kraske zaznacza, że wysokie ułożenie miednicy stanowi niewątpliwie nieoceniony środek pomocniczy w większości operacyi narządów brzusznych i miednicy. Ze względu zaś na to, że podobne położenie w pewnych warunkach może wywołać przykre powikłania, a nawet śmiertelne zejście, zaleca oględność w jego stosowaniu.

To też ludzi otyłych i z chorem sercem należy, zdaniem autora, w wysokiem ułożeniu miednicy trzymać możliwie niedługo. Wogóle z położenia tego zaleca autor korzystać ani chwili dłużej, niż okazuje się istna tego potrzeba.

W rozprawach, jakie po odczycie Kraskego wywiązały się, pierwszy powstaje Trendelenburg. Nie zgadza się on z dowodzeniem Kraskego, jakoby porażenie serca w jego przypadku było przyczyną śmierci. Niedrożności kiszek po operacyi w wysokiem ułożeniu miednicy nigdy nie widział, aczkolwiek uważa to za możliwe. U osób otyłych położenie to niema wielkiego znaczenia. Krwawienia żołądkowe na skutek wysokiego ułożenia miednicy mogą nastąpić, jak to sam miał sposobność niedawno spostrzegać po operacyi. Wogóle zaleca nie operować osób otyłych w podobnem położeniu. Zaleca następnie stół operacyjny, którvby można szybko z jednego położenia w drugie zmieniać i ostrzega przed zbyt długiem trzymaniem chorego w wysokiem ułożeniu miednicy.

Eiselsberg widział udar mózgowy u osoby otyłej w 4 dni po operacyi, wykonanej w wysokiem ułożeniu miednicy. On również możliwie prędko przywraca operowanym położenie poziome. Z liczby pacyentów, którzy dostali krwawień żołądkowych, jeden tylko był operowany w wysokiem ułożeniu miednicy.

König zaznacza, że w przypadku ropni brzusznych należy

być przygotowanym każdej chwili zmienić położenie chorego w poziome ze względu na możliwość rozlania się ropy do wolnej jamy brzusznej. Wogóle uważa ropień za przeciwwskazanie do wysokiego ułożenia miednicy.

Lauenstein używa stołu operacyjnego, odpowiadającego wszystkim wymaganiom Trendelenburga. L. usypia chorego poziome, operuje w wysokiem ułożeniu miednicy i kończy operacyę również w położeniu poziomem. Zwykle w tem ostatniem położeniu przed zamknięciem jamy brzusznej rozpościera sieć. Porażenia nerwu strzałkowego nie widział wcale, być może dlatego, że stosuje specyalne podpórki barkowe. Po usunięciu włókniaka spostrzegał L. w jednym przypadku skręcenie się esicy z zejściem śmiertelnem, niemniej przeto nie uważa za przyczynę tego wysokie ułożenie miednicy; podobne wypadki zdarzają się i po położeniu poziomem.

Trendelenburg obawia się wymiotów w wysokiem ułożeniu miednicy, skutkiem czego powstać może zapalenie płuc. W razie odruchów wymiotowych zaleca wobec tego natychmiast głowę unieść wysoko.

Heidenhain widział skręcenie cienkich jelit po usunięciu macicy w wysokiem ułożeniu miednicy. Głowę kładzie Heidenhain nie zupełnie nizko, lecz prawie poziomo na specyalnej podpórce, skutkiem czego uniknąć można zastoiny.

Dührssen również spostrzegał śmiertelny udar mózgowy u chorego otyłego po operacyi w wysokiem ułożeniu miednicy.

Wkrótce po wystąpieniu Kraskego ukazuje się rozprawa Delore'a „De l'entrée de l'air dans les veines pendant les operations gynecologiques" (Revue de chirurgie, 1903). Śmiertelne zejście wskutek przedostania się powietrza do żyły w przypadku usunięcia macicy w klinice Ponceta skłoniło właśnie Delore'a do zebrania najbardziej wyczerpującego w tym kierunku materyału. W rozprawie swojej autor szczegółowo podaje powyższy przypadek.

47-letnia B. C. przybyła do oddziału prof. Ponceta d. 11 stycznia 1903. Urodziła 4 razy prawidłowo. Chora od 2 lat cierpi na obfite i długotrwałe peryody (8—15 dni), w ostatnich czasach prawie nieustannie krwawi. Chora rażąco blada, wyniszczona. W płucach, sercu — nic nieprawidłowego. Badanie

dwuręczne rozpoznaje włókniak macicy. D. 13 maja operacya w wysokiem ułożeniu miednicy. Znieczulenie ogólne za pomocą eteru. Cięcie w smudze. Przebieg operacyi bez powikłań. Tuż pod koniec operacyi znieczulający nagle oświadcza, że tętna wyczuć nie może. Źrenice rozszerzone, chora nie oddycha, rogówki nie oddziaływają, twarz lekko sinawa. Wszystkie możliwe wysiłki w celu przywrócenia oddechu w ciągu 25 minut spełzły na niczem.

Oględziny zwłok, dokonane z najściślejszą dokładnością po upływie 24 godzin, wykazały obecność 4 ccm. azotu w prawem sercu, wówczas gdy lewe wypełnione było tylko krwią.

W dziale, gdzie Delore rozpatruje warunki, sprzyjające przedostaniu się powietrza do żyły, między innemi zwraca uwagę na wysokie ułożenie miednicy, jako na czynnik niewątpliwie w znacznym stopniu sprzyjający w pewnych warunkach podobnej możliwości.

Podobne powikłanie, zdaniem autora, powinno stanąć w szeregu innych, wykazanych na 32 zebraniu niemieckiego towarzystwa chirurg. przez Kraskego, Dührssena i innych, jako następstwo wysokiego ułożenia miednicy.

W końcu przytacza autor doświadczenia Begonina, który wpuszczone do serca powietrze u zwierząt usuwał za pomocą nakłucia, i zaleca stosować ten sposób również u ludzi w bardzo ciężkich przypadkach.

Artykuł Delore'a — to jakby ostatnie echo w sprawie wysokiego ułożenia miednicy. Sprawa ta na dłuższy okres czasu przycicha, ażeby po kilku dopiero latach z nową wypłynąć siłą.

W „Festschrift zur Jahrhundertfeier der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig“ w 1910 r. Zweifel stanowczo w wysokiem ułożeniu miednicy upatruje przyczynę zatorów płucnych. Twierdzenia swoje opiera autor na danych statystycznych, które początkowo miały na celu wykazać wpływ ulepszonej aseptyki na śmiertelność po operacyach brzusznych, wykonanych w lipskiej klinice ginekologicznej. Okazało się, iż zamiast zmniejszyć się — śmiertelność nieco wzrosła i przeważnie po operacyach sposobem Wertheima i Mackenrodt-Adamsa.

W stosunku do 3 okresów, na jakie Zweifel podzielił czas od r. 1882 do końca 1908 roku, śmiertelność wykonanych ope-

racyj usunięcia torbieli, włókniaków i przydatków macicznych wynosiła 2,5%, 2%, 2,9%. Przyczynę tego pogorszenia się widzi Zweifel w obarczeniu drugiego i trzeciego okresu przez śmiertelne zatory płuc. Podczas gdy do roku 1899, kiedy zaczyna się drugi jego okres, w liczbie 1681 operowanych przypadków nie widział ani jednego zatoru płucnego, spostrzegał Zweifel od 1899 do 1908 r. wogóle 21 zatorów, z których 13 wypadło na 3 rodzaje wymienionych wyżej operacyi.

A że początek drugiego okresu zaczyna się jednocześnie z wprowadzeniem do lipskiej kliniki położenia Trendelenburga przy operacyach, przeto wnosi Zweifel, iż to właśnie położenie jest — niewątpliwie — przyczyną zatorów.

Wysokie ułożenie miednicy powoduje zatory i zakrzepy, zdaniem autora, w dwojaki sposób. Z jednej strony — wprost drogą mechaniczną, jeśli w stole operacyjnym brak podpórek barkowych, a chory całym swoim ciężarem wisi na zgiętych w kolanach kończynach tak, że powstaje szkodliwy ucisk żył udowych. Z drugiej zaś strony położenie to sprzyja przedostawaniu się zarodków zakaźnych do żył miednicy z jednej z otworzonych podczas operacyi jam (pochwy), wskutek czego powstają zakrzepy septyczne.

W końcu Zweifel powołuje się na Olshausena, który ucisk żył udowych uważa również za przyczynę zatorów płucnych. Olshausen spostrzegał 7 zatorów na 571 przypadków operowanych w wysokiem ułożeniu miednicy na stole bez podpórek barkowych, na 118 zaś operowanych na stole z podpórkami nie zauważył ani jednego zatoru.

Artykułu Zweifela w oryginale na razie dostać—niestety— nie mogłem, musiałem skorzystać z jego streszczenia z repliki Trendelenburga. Ten ostatni właśnie w „Beckenhochlagerung u. Lungenembolien“ (Pr. Erg. d. Geburtsh. u. Gynäkol. 1911 r.) ostro przeciwko podobnym zarzutom wystąpił.

Przedewszystkiem zaznacza autor, że do wysokiego ułożenia miednicy nigdy nie zalecał stołu bez podpórek barkowych tak, że chory nie wisi na kończynach zgiętych w kolanach. Następnie wykazuje, że statystyka Zweifela odnośnie zatorów płucnych pozostawia wiele do życzenia, w żadnym bowiem przypadku na zwłokach nie znaleziono zakrzepu żył udowych,

lecz zawsze znajdowano zakrzep żył miednicy. Również nieuzasadnione jest, zdaniem autora, twierdzenie Zweifela o przedostawaniu się drobnoustrojów do żył miednicy w wysokiem jej ułożeniu. Ażeby zarazki mogły przedostać się z jakiejś jamy, zawierającej je, może być mowa wówczas tylko, gdy podobna jama (pochwa lub szyja macicy) zostanie podczas operacyi otwarta. Wreszcie twierdzić tak można by było, jeśliby badanie pośmiertne nie wykazało ogniska ropnego, które samo przez się już tłómaczy powstanie „septycznych" zakrzepów.

Przypadki zaś Zweifela nie odpowiadają żadnemu z powyższych warunków, a ciepłota i krzywa tętna nigdy zastąpić nie mogą brakujących danych oględzin pośmiertnych. Prócz wyżej wymienionych autor zwraca w dalszym ciągu uwagę na cały szereg innych jeszcze czynników, sprzyjających tworzeniu się mechanicznego i septycznego zakrzepu. Do tych przedewszystkiem zaliczyć należy te, które powodować mogą ogólne lub miejscowe zwolnienie krążenia krwi, jak osłabienie działalności serca na skutek zwyrodnienia mięśnia sercowego przy zwapnieniu naczyń; następnie—przewlekłe, wyczerpujące choroby, ostre zakaźne choroby, częste krwotoki; dalej—zastoina w żyłach wskutek zwężenia pola przez guzy, względnie — ciążę, i wreszcie zwolnienie krwiobiegu poprzez żylakowato rozszerzone żyły. Podobnych czynników, zdaniem autora, nie brakło również w przypadkach Zweifela. Następnie autor zaznacza, że nie miał ani jednego przypadku śmierci wskutek zatoru płucnego po operacyach, wykonanych w wysokiem ułożeniu miednicy. Niemniej przeto przyznaje, że położenie to w pewnych warunkach może wywołać niepożądane powikłania.

Wskutek np. bezcelowego umocowywania, zwłaszcza u osób bardzo ciężkich, przy długotrwałem pochyłem położeniu spostrzegano porażenia nerwu strzałkowego na skutek ucisku rzemienia.

W pojedyńczych przypadkach powstawała niedrożność kiszek po operacyach w pochyłem położeniu (Kraske, Schauta).

Powołując się na Franza, autor zaznacza, że ten ostatni nie widział, stosując wysokie ułożenie miednicy, różnicy tętna; zauważył natomiast, że oddech brzuszny staje się widocznie osłabiony, podczas gdy piersiowy wcale lub też nieco wzmoc-

niony. Na skutek tego wentylacya płuc zostaje upośledzona, czem tłómaczy Franz powstawanie nieżytu oskrzeli w związku ze znieczuleniem eterowem.

Specyalną uwagę zwraca Trendelenburg na ujemne działanie pochyłego ułożenia przy słabem sercu. W celu sprawdzenia twierdzeń Kraskego i Jaylego o ostrem rozszerzeniu serca w skutek wysokiego ułożenia miednicy, przedsięwziął Trendelenburg szereg doświadczeń. W tym celu dokonał zdjęcia rentgenowskiego z klatki piersiowej przed i po wysokiem ułożeniu miednicy. Ułożył 14-letniego zdrowego chłopca w pochyłem położeniu pod kątem 45^0 i wówczas po upływie $^3/_4$ godziny pozostawania w tem położeniu przekonał się, że cień serca rozszerzył się o mniej więce $^1/_2$ cm.; serce przytem wykonało nieznaczny obrót tak, że przy końcu doświadczenia wierzchołek serca znajdował się nieco wyżej, niż na początku tegoż.

O wiele znaczniejsze rozszerzenie serca otrzymano u 45-letniego pijaka z ogromnem sercem i lichem tętnem. Tu już po upływie 25 minut różnica cienia serca wynosiła od $^1/_2$ — 2 cm.; rozszerzenie cienia nastąpiło zwłaszcza po za prawy brzeg mostka. Przepona podnosiła się jeszcze wyżej, niż w poprzednim przypadku. Również obojętnem nie pozostaje, zdaniem autora, i na żyły głowy i otaczające je części miękkie—wysokie ciśnienie krwi, jakie powstaje w następstwie położenia pochyłego. Żyły nadmiernie napełniają się i napinają, co powoduje obrzmienie części miękkich. Tego ostatniego nie spostrzegamy z tego powodu, że twarz chorego w pochyłem położeniu widzimy z odwrotnej strony, a po przywróceniu położenia poziomego—obrzmienie szybko ustępuje. Obwód szyi po długotrwałem pozostawaniu w położeniu pochyłem powiększa się o 3 cm. Zmiany powyższe, spostrzegane na głowie zewnątrz, zachodzą, zdaniem autora, niewątpliwie i wewnątrz. Żyły wnętrza czaszki napinają się również silnie, następuje obrzęknięcie opony miękkiej, być może—i w lekkim stopniu samego mózgowia.

Powołując się na spostrzeżenia Dührssena, Eiselsberga, Rottera autor nie wątpi, iż u osób z choremi ścianami naczyń mogą wskutek tego nastąpić wynaczynienia. W przypadkach długotrwałego pozostawania chorego w wysokiem ułożeniu miednicy wraz z tylko co wymienionymi czynnikami szkodliwy

wpływ przypisuje autor poniekąd i długotrwałemu znieczulaniu.

W końcu zaleca autor w położeniu pochyłem utrzymywać chorego bez przerwy nie dłużej nad 10 minut, a zwłaszcza — osoby starsze i osłabione. U osób bardzo otyłych, gdzie wysokie ułożenie miednicy wywołać może poważne powikłania, a żadnego ułatwienia dać nie może, Trendelenburg radzi położenia tego zupełnie zaniechać.

Do zebrania z dostępnego piśmiennictwa powyższych danych, wyświetlających ujemne strony wysokiego ułożenia miednicy podczas operacyi, pobudził mnie przypadek, który mieliśmy sposobność spostrzegać w oddziale D-ra Bronisława Sawickiego. Przypadek ten, który niżej szczegółowo podaję, zaliczyć można — niewątpliwie — do jednej z ofiar wysokiego ułożenia miednicy.

F. M., 25 l., przybyła do oddziału d. 21 października 1912 r. Chora opowiada, że już od roku miewa bóle w brzuchu i krzyżu. Zamężna od 3 lat. Od tego czasu cierpi na upławy, bóle w dole brzucha. Miesiączkuje $\frac{4}{4-5}$. Obecnie od 2 tygodni krwawi.

St. ob. Brzuch prawidłowo wypuklony, w dolnej lewej części na ucisk bolesny. Badanie dwuręczne wykrywa macicę wielkości kartofla, przesuniętą na lewo, ruchomą, choć mniej, niż prawidłowo. Z prawej strony przylega do macicy guz, wielkości główki noworodka, na ucisk umiarkowanie bolesny, napięty, dający chełbotanie. Guz ten bardzo niewiele ruchomy, dość ściśle przylega do macicy. Mocz nieco mętny, białka nie zawiera. W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono, chora dobrze odżywiona, silnie zbudowana. Zalecono Extr. fl. Hydrast. Canad.

D. 25 października. Krwawi w dalszym ciągu, wobec czego wytamponowano pochwę.

D. 29 października. Krwawienia niema. Chora przez cały czas pobytu w szpitalu nie gorączkowała i ze strony płuc żadnych powikłań nie przedstawiała.

D. 2 listopada. W uśpieniu chloroformowem operacya. Cięcie od pępka do spojenia łonowego. Położenie Trendelenburga. W malej miednicy guz torbielowaty, który częściowo wystaje do dużej miednicy, spycha macicę na lewo, zupełnie ją sobą pokrywając. Wobec trudności wydobycia guza nakłuto go i opróżniono z cieczy przezroczystej, barwy słomkowatej. Teraz zapadnięte, b. cienkie ściany torbieli wyciągnięto nazewnątrz. Okazało się, że guz wychodził z prawego jajnika i leżał w więzie szerokim. Guz przylegał ściśle do macicy, która wyraźnych zmian nie przedstawiała. Otrzewną na guzie nacięto i guz na tępo wyłuszczono. Dno

guza mocno krwawi. Kilka naczyń krwionośnych podwiązano Nałożono szew kapciuchowy na dno łożyska. Następnie starano się zbliżyć brzegi otrzewnej. Ponieważ jednak z dna rany wciąż pomału sączyła się krew, wpuszczono pasek gazy, którego koniec wyprowadzono nazewnątrz. Szew na ścianę brzucha 3-piętrowy. Opatrunek. Operacya trwała około godziny.

Zaraz po ułożeniu chorej w położeniu Trendelenburga wystąpiła sinica twarzy. Podczas całej operacyi chora spała licho, budziła się często, sina była prawie stale pomimo że opuszczenie głowy było umiarkowane. Wydzielała masę śluzu, który wypadło wybierać. Przerywano chloroformowanie kilkakrotnie. Dano chloroformu około 20 gr.

Po skończonej operacyi, gdy chorą ułożono poziomo, sinica twarzy nieco zmniejszyła się, jakkolwiek całkiem nie ustąpiła. Tętno 120, słabe. Oddech przyśpieszony, powierzchowny. Chora odpluwa obfitą ilość śluzu ze krwią.

Początkowo sądzono, że jest to domieszka z jamy ustnej, aczkolwiek podczas chloroformowania nie zraniono śluzówki tejże. Chorą po przeniesieniu na łóżko ułożono z podniesionem tułowiem. Chora coraz słabsza, tętno chwilami ledwie wyczuwalne (150 — 160); sinica trwa dalej. Wstrzyknięto 300 ccm. fizyologicznego roztworu soli pod skórę. Kamfora, wysokie ułożenie tułowia. Pacyentka wciąż odpluwa dużą ilość śluzu z krwią, jak to widuje się w zawałach płucnych. Krew, dość świeża początkowo, później przedstawia się zmienioną, rdzawą. Tegoż dnia wieczorem sinica nieco mniejsza, tętno pełniejsze; chora kaszle, pluje z krwią.

D. 3 listopada. Sinica twarzy zupełnie ustąpiła, chora czyni daleko lepsze wrażenie. Tętno równe. Ciepłota 38,6. Kaszel z krwistą plwociną trwa. W płucach nieliczne, rozsiane wilgotne rzężenia. W dolnej części prawego płuca stłumienie, dochodzące do kąta łopatki; oddech osłabiony, zbliżony do oskrzelowego.

D. 4 listopada. Stan ogólny lepszy, wiatry odchodzą, ciepłota 36,8, tętno dobre.

D. 5 listopada. Cr. 37,6 cw. 38,2, tętno 96 miarowe, stłumienie na stronie prawej utrzymuje się.

D. 6 listopada. Cr. 37,6 cw. 38,4, tętno 96.

D. 7 listopada. Cr. 37,6 cw. 37,4.

D. 8 listopada. Cr. 37,6, tętno 96. Stłumienie na prawej stronie, jak wyżej; wszędzie także słychać rzężenia wilgotne i suche. Zalecone bańki, kreozotol.

D. 11 listopada. Chora czuje się znacznie lepiej, kaszel zmniejszył się. Rana goi się prawidłowo. Włożono powierzchownie pasek gazy. Szwy w części usunięto.

D. 15 listopada. Nie gorączkuje. Tętno mocne, równomierne, około 90. Wskazuje jeszcze na kaszel. W płucach — nic nieprawidłowego. Rana na zagojeniu.

D. 25 listopada. Wypisana zdrowa.

* * *

Przypadek ten ze względu na przebieg zarówno podczas operacyi, jak i w okresie pooperacyjnym niewątpliwie stanąć powinien w szeregu innych, wyżej podanych. Operacyi dokonano w wysokiem ułożeniu miednicy bardzo umiarkowanem, znieczulano oględnie, cały zabieg trwał niespełna godzinę. Niemniej przeto chora wciąż pozostawała sina, krztusiła się tak, że kilkakrotnie musiano operacyę przerywać, przywracać pozycyę poziomą, i właściwie większą część zabiegu dokonano w tej właśnie pozycyi. Sinica na twarzy pomimo wszystko trwała jeszcze dzień cały. Tego samego dnia jeszcze w plwocinach pokazuje się domieszka krwi, która to domieszka w ciągu paru dni następnych staje się coraz bardziej obfita. Jednocześnie występują wyraźne zmiany w prawem płucu: stłumienie, oddech oskrzelowy, wilgotne rzężenia, czyli—wszystkie objawy zawału płuca, który w danym przypadku mógł powstać tylko jako następstwo wysokiego ułożenia miednicy.

Chciałbym tu zwócić jeszcze uwagę na pewne nie tak znów rzadko podczas usypiania chorych spostrzegane zjawiska. Podczas gdy usypianie jednych w najbardziej nawet pochyłem położeniu ma przebieg zupełnie pomyślny, u innych—zaraz od początku występują przeszkody. Pomimo umiarkowanego opuszczenia głowy odrazu występuje sinica twarzy, chory krztusi się, oddaje duże ilości śluzu, tak iż często operacyę przerywać zachodzi potrzeba. Z przywróceniem położenia poziomego zwykle objawy powyższe ustępują, ażeby natychmiast powrócić po powtórnem ułożeniu miednicy wysoko. Po kilkakrotnych podobnych próbach udaje się wreszcie wszystko pokonać i dalszy ciąg operacyi prowadzić spokojnie w pochyłem położeniu. O ile spostrzedz zdołałem, to środkiem najbardziej skutecznym w podobnych przypadkach jest bardzo stopniowe nadawanie położenia pochyłego.

Zdarza się jednak, że wszelkie możliwe sposoby spełzną na niczem, po każdej próbie powtórnego nadania pochyłego położenia powracają wszystkie poprzednie objawy, aż w końcu wypada zaniechać zupełnie tego położenia. Wnosić należy, iż tylko zmiana stosunków, jaka powstaje na skutek wysokiego ułożenia miednicy, wywołać tu może podobne przeszkody. Zależnie zaś od indywidualnych właściwości przeszkody powyższe

w jednych przypadkach dają się w ten lub inny sposób usunąć, podczas gdy w innych pokonać ich wręcz nie można.

Przypadki podobne uchodzą przeważnie uwagi z tej — być może — racyi, iż poważniejszych powikłań lub następstw nie dają. Niemniej przeto służyć mogą poniekąd za dowód, że wysokie ułożenie miednicy podczas operacyi powodować może powikłania od najbardziej lekkich, przejściowych aż do bardzo poważnych, a nawet i zejść śmiertelnych.

Jeśli zestawić spostrzegane w powyżej podanych przypadkach powikłania, to łatwo można przekonać się, w ilu kierunkach wystąpić one mogą w skutek wysokiego ułożenia miednicy.

Wymienić tu należy:

1. Porażenie nerwu strzałkowego od ucisku przez przyrząd do umocowywania nóg.
2. Rozedmę tkanek podskórnych na skutek zeszycia otrzewnej przed przywróceniem pozycyi poziomej.
3. Ostre rozszerzenie serca wskutek przepełnienia prawego serca i wysokiego ciśnienia na serce słupa krwi w żyle dolnej głównej.
4. Niedrożność kiszek przeważnie wskutek skręcenia okrężnicy poprzecznej.
5. Wynaczynienia na śluzówce żołądka wskutek zastoiny w żyłach żołądkowych.
6. Zapalenie płuc na skutek wymiotów.
7. Zatory płuc (embolia) skutkiem ucisku żył udowych na stole bez podpórek barkowych oraz zawały płuc (infarctus).
8. Udar mózgowy w razie zmian chorobowych ścian naczyń.

Ze względu właśnie na podobne powikłania, jakie wystąpić mogą na skutek wysokiego ułożenia miednicy, autorowie powyżsi dopełnili wskazania, któremi kierować się należy w stosowaniu tego położenia, mianowicie:

1. Operować należy na stole, któryby można łatwo zmieniać z jednego położenia w drugie.
2. Stół operacyjny winien być zaopatrzony w podpórki

barkowe, ażeby chory nie wisiał na zgiętych w kolanach nogach (ucisk żył udowych).

3. Pozycyę pochyłą utrzymywać należy najniezbędniejszy tylko okres czasu.
4. W przypadkach ropnych zaniechać należy wysokiego ułożenia miednicy.
5. Osób otyłych, a taże — ze słabem sercem w pochyłem położeniu operować nie należy.
6. Osób starszych i osłabionych nie można trzymać bez przerwy dłużej nad 10 minut w położeniu pochyłem.
7. Przy ruchach wymiotowych unieść wysoko głowę.
8. Przywrócić pozycyę poziomą przed zamknięciem otrzewnej.

Do powyższych uwag dodałbym jeszcze parę, które w pewnych warunkach również znaczenie mieć mogą, a mianowicie:

1. Z pozycyi poziomej w pochyłą i odwrotnie przechodzić należy stopniowo.
2. Pozycyę pochyłą stosować należy w możliwie umiarkowanym stopniu.
3. W razie jakichkolwiek powikłań należy natychmiast przywrócić położenie poziome.

Bądź co bądź — oględnem stosowaniem wysokiego ułożenia miednicy zarówno przestrzeganiem pewnych ostrożności w niektórych przypadkach da się niewątpliwie zapobiedz często niepożądanym powikłaniom. Ze względu zaś na ogromne usługi, jakie położenie Trendelenburga w wielu przypadkach oddaje, nie należy jego pod żadnym pozorem całkowicie zaniechać.

PIŚMIENNICTWO.

1. P. Kraske. Ueber Beckenhochlagerung u. ihre Gefahren. (Archiv für kl. Chirurgie. 1903, t. 71).
2. X. Delore. De l'entrée de l'air dans les veines pendant les operations gynecologiques. (Revue de chirurgie. 1903).
3. F. Trendelenburg. Beckenhochlagerung u. Lungenembolien. (Praktische Ergebnisse der Geburtsh. u. Gynäkol. 1911).

Kilka uwag w sprawie zwichnięć stawów

podał

ADOLF KLĘSK

(Kraków).

Dzięki promieniom Röntgena, jakoteż statystykom towarzystw ubezpieczeń od wypadków, poglądy nasze na sprawę zwichnięć stawów uległy w ostatnich czasach pewnym zmianom, i to zarówno pod względem rozpoznawania, jak rokowania i leczenia.

Dawniej zapatrywano się na częste nieraz niepomyślne następstwa po zwichnięciach z tego stanowiska, że przypuszczano, iż staw po zwichnięciu jest poprostu „skłonny“ do rozmaitych cierpień. Obecnie tłómaczymy to sobie inaczej, i tę „skłonność“ uważamy za to, czem jest rzeczywiście, t. j. za bezpośrednie następstwo zwichnięcia, albowiem przekonaliśmy się, że powikłania te, a raczej następstwa, występują niezmiernie często i to w stale prawie określonym przeciągu czasu i pod typowymi objawami nawet u ludzi, mających zupełnie zresztą dobre stawy. Wiemy też obecnie, że nawet po pozornie najidealniejszym przebiegu i leczeniu zwichnięcia z czasem zmiany owe wystąpić mogą, i dlatego co do rokowania staliśmy się obecnie o wiele więcej ostrożni.

Dotąd jednak wielu lekarzy lekceważy sobie nadal zwichnięcia i sądzi, że z chwilą odprowadzenia pomyślnego usunęło się bez śladu cierpienie. Więcej jeszcze lekceważą sobie zwichnięcia pacyenci, którzy nieraz nie chcą pojąć, by po odprowadzeniu potrzebna jeszcze była wogóle jakakolwiek, a tembardziej — dłuższa kuracya.

Widząc i czując, że na razie stan stawu jest wcale dobry, znikają zbyt wcześnie z oczu lekarza, pewne ograniczenia ruchów tłómaczą sobie koniecznym stanem po zwichnięciu i dopiero po upływie pewnego czasu zjawiają się do lekarza z ciężkiemi nieraz zaburzeniami.

Obowiązkiem tedy naszym jest pouczyć chorych, że staw po zwichnięciu wymaga troskliwego leczenia i długiej obserwacyi, a zmiany chorobowe w razie lekceważenia sobie zwichnięcia zjawiają się po pewnym czasie i to dość często.

* *
*

Przedewszystkiem każde zwichnięcie powinniśmy o ile możności badać promieniami Röntgena zaraz, w najgorszym zaś razie, gdy to np. od razu jest niemożebne, bodaj w pewien czas po odprowadzeniu.

Promienie bowiem Röntgena pouczyły nas tu właśnie wiele. Wykazały one np., że pozornie prostym „typowym“ zwichnięciom towarzyszą nieraz niedające się klinicznie wykazać uszkodzenia kości, wykryły wiele nowych cierpień, sprostowały nasze dawniejsze błędne nieraz rozpoznania, a i w leczeniu oddają nam wartościowe usługi.

Doświadczenie pouczyło też nas, że staw jest organem bardzo delikatnym, obchodzić się też z nim należy bardzo łagodnie. Stare, więcej brutalne sposoby odprowadzenia zastąpiono nowszymi, więcej fizyologicznymi, odprowadzając zwichnięcia w uśpieniu, względnie — znieczuleniu miejscowem a to także w tym celu, by mniej brutalnie postępować.

Również i leczenie następowe uległo dużym zmianom. Zmieniły się poglądy co do unieruchomienia stawów, wprowadzono nowe skuteczne sposoby leczenia: przegrzewania elektryczne, leczenie gorącem powietrzem i parą, kąpiele elektryczne, wstrzykiwania do stawów smar i t. p.

Szersze wreszcie zastosowanie znalazły krwawe sposoby leczenia opierających się odprowadzaniu zastarzałych lub nawykowych zwichnięć, przyczem właśnie promienie Röntgena i autopsia in vivo wykazały, jak często przy zwichnięciach spotykamy różne powikłania w postaci pęknięć okolicznych kości, interpozycyę tkanek, uszkodzenia chrząstek, więzadeł i t. p.

Również leczymy obecnie lepiej t. zw. nawykowe, względnie — wrodzone zwichnięcia, stosując tutaj ze skutkiem leczenie ortopedyczne lub operacyjne.

Jak wiadomo, podczas zwichnięcia pęka zwykle torebka stawowa. Tylko wyjątkowo w niektórych zwichnięciach nie spotyka się tego, a należą tu zwichnięcia żuchwy i zwichnięcia nawykowe. Po odprowadzeniu zwichnięcia postępowanie zwykle bywa takie, że staw unieruchamia się na pewien czas, a potem rozpoczyna się mięsienie i ruchy. Unieruchomienie to ma na celu zgojenie torebki, co, podług Bardelebena, trwa około 3 tygodni. Prócz tego unieruchamia się staw z obawy, by zwichnięcie nie powtórzyło się. Zdania tego bronią Machol i Schmidt. Natomiast zwiększa się obecnie coraz więccj liczba tych, którzy twierdzą, że właśnie złe następstwa zwichnięć pochodzą z tego niepotrzebnego, a zwłaszcza zbyt długiego unieruchomienia. Marbaix np. na międzynarodowym zjeździe dla ubezpieczeń od wypadków w Düsseldorfie (1911) wprost wypowiedział zdanie, że np. co do barku — to jedynie lichą następową czynność odnosi do niepotrzebnego unieruchomienia, natomiast w razie rozpoczęcia od razu ruchów i to energicznych otrzymuje się w 97,9% wynik czynnościowy bardzo dobry.

Obawa, by zwichnięcie od ruchów nie powtórzyło się, jest zupełnie płonna. Nie da się zaprzeczyć, że są przypadki, w których skłonność do powracania zwichnięcia jest bardzo wielka, np. w złamaniach obojczyka, tu jednak nieraz i zwykłe ustalenie nie pomaga, i dopiero specyalny opatrunek lub nawet zabieg operacyjny spełni zadanie.

Natomiast w zwykłych innych zwichnięciach nie należy zupełnie obawiać się powrotu zwichnięcia i można spokojnie rozpocząć zaraz energiczne ruchy i mięsienie. Wszak obecnie nawet po operacyach stawowych, np. tworzenia nowych stawów, zaleca się wczesne rozpoczynanie ruchów, dlaczegoż nie czynić tego tembardziej i wcześniej w zwykłem zwichnięciu?

Niepotrzebne długie unieruchomienie zaś może pociągnąć za sobą nieobliczalne następstwa. Przecież zwykle w stawie gromadzi się krew, która krzepnie, tworzą się zrosty tak zgubne dla czynności stawu. Nieraz unieruchamiamy staw, nie widząc, co tam właściwie stało się, a tu właśnie być może pękła

kość, lub jest uszkodzona chrząstka, i wczesne mięsienie usunęłoby powikłania. Dalej — jeżeli rozpoczniemy wcześnie mięsienie i ruchy, wówczas kontrolujemy przebieg i każdej chwili możemy zdać sobie sprawę, czy w stawie wszystko jest w porządku. Jeżeli zaś unieruchomimy staw, to po zdjęciu opatrunku kłaść musimy wszystko na karb unieruchomienia i nieraz zbyt późno nabieramy dopiero innego przekonania.

Promienie Röntgena pouczyły też nas, jak tłómaczyć sobie nierzadkie pogorszenie po urazach stawów, zjawiające się dopiero w pewien czas po zwichnięciu lub skręceniu. Przebieg takich powikłań bywa typowy: po urazie stawu przez pewien czas pacyent nasz czuje się zupełnie dobrze i dopiero w 2—4 tygodni zaczyna zjawiać się pewne upośledzenie czynności. Nieraz, jeżeli w owym czasie stosuje się już mięsienie, sprawa pogarsza się stale pod wpływem tegoż. Nierzadko spotykamy podobne objawy po zwichnięciach łokcia lub kolana.

Badanie rentgenowskie wykazuje wtedy nieraz typowy obraz, mianowicie chmurkowaty cień, stale zwiększający się. W następstwie zjawić się mogą nawet duże skostnienia, wymagające usunięcia operacyjnego. Te skostnienia w okolicznych tkankach, zwłaszcza w mięśniach, znamy oddawna pod nazwą: myositis ossificans traumatica. Zwłaszcza spostrzega się je w mięśniach: brachialis internus po zwichnięciach łokcia ku tyłowi, w quadriceps — ponad kolanem, lub w okolicy condylus medial. femoris (Ewald) po urazach kolana.

Przyczyna tych skostnień nie jest nam właściwie dokładnie znana. Posądzano o nią zabłąkane części okostnej, sprawę zapalną mięśni, uszkodzenia tychże i t. p. Obecnie zaś wielu autorów jest zdania, że kostnienia te mają za przyczynę, dostanie się płynu stawowego w tkanki okoliczne, płyn bowiem taki, jak to wykazują doświadczenia, pobudza tkanki do kostnienia. Odpowiada mu też przebieg cierpienia, pogarszanie się stanu po mięsieniu (rozgniatanie dalsze płynu), jako też charakterystyczny cień chmurkowaty na fotogramie Röntgena. Podobnie Ewald przytacza fakt, że wczesna operacya często powoduje nawroty, bo nie usuwamy pozostałego płynu, i ten dalej powoduje kostnienie. Borchardt twierdzi, że teorya, tłómacząca kostnienie ogniskami oderwanemi okostnej, nie ma podstaw

anatomicznych, bo często podczas operacyi nie można wykazać żadnego uszkodzenia ani na okostnej, ani w mięśniach, ani jakiegokolwiek związku bezpośredniego skostnienia z okostną. Jednak i przeciwko teoryi „płynu stawowogo“ przemawiają inne poważne fakty. I tak wiemy, że takie skostnienia występują najczęściej w mięśniu czworogłowym po uderzeniach uda daleko nieraz od stawu (kopnięcia kopytem, częste obecnie kopnięcia podczas gry w piłkę nożną), przyczem o uszkodzeniu stawu i wylaniu się płynu stawowego nie może być nawe mowy.

Podobne cienie spotykamy też nierzadko obok stawu barkowego w torebce maziowej zwykle u starszych kobiet, po przemęczeniu kończyny, wśród objawów zapalnych, dalej — w mięśniach uda jako tak zwane Reit- und Exercierknochen. Natomiast nie spotyka się ich nigdy po tak częstych zwichnięciach barku, gdzie torebka pęka i płyn z pewnością dostawać się musi do otoczenia. Spostrzegano ponadto podobne skostnienia w przeponie i m. żwaczu, gdzie właśnie przy zwichnięciu torebka nie pęka.

Na razie więc sprawa ta jest dla nas niejasna, nie może jednak odstraszać nas od wczesnego rozpoczynania ruchów po zwichnięciach. Przedewszystkiem bowiem skostnienia te, jak wspominaliśmy, nie zjawiają się dokoła wszystkich stawów, a powtóre — owszem wczesne ich rozpoznanie, co przy mięsieniu ma właśnie miejsce, może jedynie wyjść na dobro chorego.

Badamy go bowiem zaraz promieniami Röntgena i gdy ów chmurkowaty cień dostrzeżemy, podajemy zaraz do wewnątrz jod, który działa tu nieraz znakomicie. Kontrolujemy przytem chorego; gdy spostrzeżemy, że sprawa nie postępuje, rozpoczynamy zaraz energiczne mięsienie, ruchy i kąpiele i nieraz osiągamy przytem wynik wcale dobry w postaci zmniejszania się skostnień, a nawet—zniknięcia tychże. Jedynie zaś wtedy, gdy leczenie to pozostaje bez skutku, lub pogarsza się stale i sprawia wybitne dolegliwości, należy przystąpić do usunięcia operacyjnego skostnień.

Z zabiegiem jednak, jak to wyżej wspominałem, nie należy — podług Ewalda — zbyt spieszyć się, bo nawroty nie należą do rzadkości.

Dla lekarza praktycznego niezbędna jest właśnie wiadomość, że takie powikłania wystąpić mogą po zwichnięciach, i to — jak wspomniałem — głównie po zwichnięciach łokcia ku tyłowi i po urazach kolana.

* *
*

I typowym niejako zwichnięciom towarzyszą nieraz uszkodzenia okolicznych kości *). Tak np. jednemu z najczęstszych zwichnięć t. j. zwichnięciu barku towarzyszy nieraz oderwanie guza wielkiego, lub nawet — jak o tem przekonał się Dollinger — przy operacyach zastarzałych zwichnięć złamanie szyi chirurgicznej. Mam obecnie w leczeniu pacyenta, który przed kilkoma miesiącami miał uledz zwichnięciu barku. Dwaj chirurdzy odprowadzili mu to zwichnięcie—jak twierdzi pacyent—bardzo łatwo. Pozostały jednak bóle i sztywność. Badanie rentgenowskie wykazało zaś bardzo wyraźnie złamanie guza wielkiego.

Zmieniły się też dzięki promieniom Röntgena nasze zapatrywania co do wielu niejasnych przypadków t. zw. distorsio pedis i wiemy obecnie, że nierzadko łudzi ono złamanie kości, lub chodzi tu o zwichnięcie jednej ze zdrowych kostek. Gottstein (Münch. med. Woch. 1910, № 28) zwrócił np. uwagę na nierzadkie zwichnięcia kości łódkowatej stopy. Powstaje ono z błahej przyczyny i daje objawy, podobne do zwykłej dystorsyi, a więc — wylew krwawy w okolicy kostki zewnętrznej, przed wewnętrzną i na przodzie stopy. W okolicy stawu Choparta spotykamy jednak małe wypuklenie, stopa jest wyprostowana, koniec przyciągnięty, a na wewnętrznym brzegu stopy

*) Pamiętać tu należy o tem, że zwichnięcie wydarza się zwykle najpierw, a dopiero po tem — złamanie tak, że pacyent nieraz głównie uwagę zwraca na ten pierwotny ból. Nieraz np. w stopie następuje zwichnięcie, a dopiero przez stąpanie na stopie już chorej występuje złamanie. Nieraz jednak, o ile oba urazy kości nie wystąpiły równocześnie, w wywiadach możemy o nich dowiedzieć się. Wyłączenie złamania równoczesnego ważne jest ze względu na wynik odprowadzenia, względnie—możności wywołania uszkodzeń przy odprowadzaniu.

znajdujemy wklęsłość. Zwichnięcie to powstaje z reguły u osób, które przedtem już kilkakrotnie skręcały sobie stopę.

Na szczęście odprowadzenie bywa tu często łatwe i polega na odciągnięciu stopy i wciśnięciu zwichniętej kostki. Podobnie zwichnięcia w stawie skokowołódkowatym nie należą do rzadkości, a odprowadzenie bezkrwawe może tu być niemożebne, bo często ścięgno tibialis antici stoi temu na przeszkodzie (Goebel. Arch. f. Ortop. XI).

W piśmiennictwie opisano też wiele złamań okolicy stopy, łudzących skręcenie. Tu jedynie z pomocą promieni Röntgena można zrobić właściwe rozpoznanie.

* * *

Odprowadzeniu nawet wczesnemu przeszkadzać mogą rozmaite czynniki i o niektórych wspominaliśmy już powyżej i tu również nieraz promienie Röntgena rozjaśniają sytuacyę (złamania okolicznych kości).

W niektórych zwichnięciach odprowadzenie natrafia nawet z reguły na wielkie trudności. Tak np. nieraz ogromnie trudno jest odprowadzić zwichnięcie palca wskazującego nawet w uśpieniu i dopiero udaje się to na drodze krwawej. Przyczyna zwykle, jak na to zwrócił uwagę Strempel, leży w torebce, która opina się ściśle naokoło zwichniętej główki, nie rzadko też przytem spotykamy oderwanie chrząstek.

Podobnie odprowadzenie zwichniętego palucha natrafiać może na bardzo wielkie trudności, przeszkadzają tu bowiem często kostki dodatkowe i ścięgno flexoris pollicis longi.

Trudno jest też nieraz odprowadzić zwichnięcia kręgów. Zwichnięcia te występują przeważnie w kręgach szyjnych i mogą powodować ciężkie zaburzenia a nawet śmierć, lecz mogą także przebiegać bez wybitnych objawów, jak na to zwrócił uwagę Rommel (Berl. klin. Woch. 1913, № 10), ew. początkowe objawy ustępują nawet bez usunięcia zwichnięcia. Repozycya udaje się czasem w świeżych przypadkach, a polega na wyciąganiu i wsunięciu kręgu, poczem zakłada się odpowiedni opatrunek gipsowy (Quetsch. Münch. med. Woch. 1912, № 18).

Są wreszcie zwichnięcia, które wprawdzie odprowadzić

można, ale za to bardzo trudno jest je zatrzymać we właściwem położeniu. Przedewszystkiem należą tutaj zwichnięcia obojczyka. Zwraca na nie uwagę Grunert (Medic. Klinik. 1910. № 22). Zwichnięcia przed mostek udaje się zwykle bardzo łatwo odprowadzić, ale zatrzymanie jest bardzo trudne, tak że uciekać się musimy tu do szwu kostnego. Hartung zaleca do zatrzymania odpowiedni opatrunek plastrowy, a obojczyk zatrzymany zostaje ciężarem samej kończyny (Münch. med. Woch. 1908, № 17). Inni zalecają do tego celu płaty mięśniowe.

* *
*

W leczeniu zwichnięć, jak wspomniałem, unieruchomiamy zwykle staw po odprowadzeniu, trzymając się pewnych ustalonych norm z tradycyi. I tak — bark unieruchamia się na 8—14 dni, łokieć mniej więcej dni 8, palce — 5—7 dni (paluch do 14 dni), biodro — 10—14 dni, a stopę nawet do 4 tygodni. Kolana unieruchamiać nie trzeba, gdy chory leży, natomiast ze względu na często występujący tu obrzęk lub wysięk stosujemy szynę, zawieszenie i rozpoczynamy mięsienie wczesne — po 3—4 dniach. Zwichnięcia rzepki pociągają za sobą nieraz uporczywe wysięki, a w razie genu valgum nawroty nie należą do rzadkości. Zwykle postępujemy tu w ten sposób, że po nastawieniu dajemy szynę i od 3 dnia rozpoczynamy mięsienie stawu i mięśnia czworogłowego, po 10—14 dniach — ruchy czynne. Gdy zwichnięcie wystąpi już po raz drugi, nie pozostaje nic innego, jak nałożenie opatrunku gipsowego na 3—4 tygodni.

Z krótkiego tego szkicu widzimy, że stawy po zwichnięciu zachowują się dwojako: jedne nie mają skłonności do ponownego zwichnięcia, inne znowu bardzo często ulegają ponownemu zwichnięciu.

Stosownie do wyżej wypowiedzianych uwag zachowanie się nasze musi być podwójne: 1) w stawach nieskłonnych do ponownego zwichnięcia powinniśmy rozpocząć od razu wczesne ruchy i mięsienie; 2) natomiast w stawach skłonnych do reluksacyi, lub te, które uledz mogłyby zbyt wielkiemu odrazu obciążeniu (stopa) musimy na pewien czas unieruchomić, względnie — nie dozwolić na wczesne forsowne ruchy.

* *
*

Z przypadłości po zwichnięciach rozwinąć się mogą ciężkie nieraz zmiany w czynności stawów. Przedewszystkiem ograniczenie czynności, bóle od ruchów lub i samoistnie występujące, dalej — zanik mięśni okolicznych, a w końcu zmiany zniekształcające lub sztywność zupełna stawu.

Zmiany te wystąpią tem łatwiej, im dany osobnik ma dany staw mniej zdrowy, lub cierpi na jaką ogólną chorobę, i z tego też powodu zwichnięcia u artrytyków nieraz kończą się upośledzeniem czynności stawu na stałe, a w zwichniętym poprzednio stawie usadawiają się z lubością zmiany gośćcowe, wiewiórowe i t. d., tak że wtedy możemy mówić o pewnej skłonności zwichniętego stawu.

Że stan stawu po zwichnięciu może pozostawiać wiele do życzenia, dowodzi jaskrawo statystyka najczęstszego ze zwichnięć t. j. zwichnięcia barku. Schulz (Beitr. zur klin. Chir. T. 60) badał 54 pacyentów po zwichnięciu barku, i z tego zaledwo u 13% znalazł stan zupełnie pomyślny. U 26% wprawdzie ruchy w stawie były niezłe, ale za to siła mięśniowa zmniejszona była o połowę. Mniej więcej u trzeciej części badanych były bóle i rwania w stawie przy zmianie pogody, a u połowy trudność w odwodzeniu ramienia.

Również Imbert i Dagaz (Rev. d. Chir. II. 1911) spostrzegali niekorzystne następstwa po zwichnięciach barku w postaci bólów, ograniczenia ruchów, zmian w splocie barkowym i zapaleń okołostawowych. Schulz powiada też, że $^2/_3$ pacyentów po zwichnięciu barku nie ma potem dobrej czynności tegoż stawu.

Bardzo częste po urazach ciężkich i zwichnięciach stawów są darcia i bóle, zjawiające się regularnie przy zmianie pogody. Bóle te prócz tego cechujące są jak wiadomo dla gośćca i dla blizn, w okolicy kości położonych. Zależności tej nie umiemy sobie na razie dobrze wytłómaczyć. Wiemy, że występuje ona typowo także i w innych cierpieniach, a w życiu codziennem barometrem dla niejednego są odciski na nogach.

Zwraca tu uwagę na siebie fakt, że bóle te występują głównie w tkankach twardych, bliznowych i w krew mało zasobnych, tak że nasuwa mi się myśl, że w razie wilgoci w po-

wietrzu okoliczne tkanki więcej pęcznieją, niż owa obca organizmowi tkanka, przez co rozpulchnione otoczenie odczuwa zaraz więcej to pewnego rodzaju ciało obce. Natomiast np. odcisk, zmiękczony kąpielą, lub pod plastrem przestaje być zaraz dokuczliwy. I praktyka uczy też nas, że bóle, od zmiany pogody zależne, występują głównie przy suchych cierpieniach stawowych, a nigdy przy wysiękowych. Bóle takie w stawie dowodzą zwykle czegoś nienormalnego, zrostów, blizn i t. p.

* *
*

W leczeniu posługujemy się obecnie nowszymi sposobami leczenia fizykalnego. Po odprowadzeniu i poprzedniem zbadaniu rentgenowskiem, przystępujemy o ile możności jaknajwcześniej do mięsienia i ruchów, stosując równocześnie kąpiele, leczenie gorącem powietrzem, parą lub przegrzewanie.

Bezpośrednio po urazie stawu stosują się z zasady zimne okłady. Sprzeciwia się temu stanowczo Kantorowicz (Med. Klin. 1913, № 19), twierdząc, że nie chodzi tu zupełnie o żadną sprawę zapalną i okłady zimne są zbyteczne, a nawet szkodliwe, i odwrotnie — zaleca stosowanie od razu gorących kąpieli (do 35° R.). Kąpiele te, podług Kantorowicza, działać mają znakomicie, znika szybko ból, obrzęk nie powiększa się i czynność stawu poprawia się szybko, a ew. wysięki lub wylewy krwawe ulegają szybko wessaniu. Kąpiele te są przeciwwskazane, jeżeli podejrzywamy powikłanie w kości, wtedy bowiem stan pogarsza się tak, że Kantorowicz uważa to za znakomity środek rozpoznawczy. Jeżeli np. po stosowaniu gorącej kąpieli w rzekomem skręceniu stawu lub po zwichnięciu występuje pogorszenie, to — według Kantorowicza — napewno mamy do czynienia i z uszkodzeniem kości.

Bardzo wartościowe usługi w leczeniu następowem urazów stawów oddają nam: gorące powietrze, względnie para, przegrzewanie elektryczne i t. p.

Bayer (Münch. med. Woch. 1912, № 45) podał w tym celu bardzo dogodne przyrządy, dające się łatwo odkażać i łączyć odrazu z przyrządami do mechanoterapii. Przyrządy do leczenia gorącem powietrzem są obecnie tak tanie, względnie—łatwe do wypożyczania, że dostępne są nawet dla ubogich pacyen-

tów. W najgorszym razie można je nawet samemu improwizować za radą Schmerza (Münch. med. Woch. 1913, № 39) z siatki drucianej i opasek gipsowych. Oddawna znane są ze swej skuteczności w następowem leczeniu urazów stawów kąpiele siarczane. Nie brak ich i to w pierwszorzędnej jakości i na ziemiach naszych.

* *
*

Co do operacyjnego wreszcie leczenia opierających się odprowadzeniu lub zastarzałych zwichnięć, to i tu postęp jest bardzo widoczny. Operujemy obecnie na stawach, ufni w aseptykę, śmiało, trzeba tu jednak trzymać się pewnych zasad, które typowo streszcza Bockenheimer (Münch. med. Woch. 1911, № 48):

1) cięcie nad stawem nie powinno być zamałe, bo w razie dobrego dostępu uszkadzamy znacznie mniej staw, niż po forsownem i trudnem dłubaniu wgłębi, nieraz na ślepo; 2) należy przestrzegać tutaj ogromnie aseptyki, a do stawu wchodzić powinien tylko sam operator; 3) operować należy, o ile możności, szybko, tamować skrupulatnie krwotok, a operować ile możności sucho; 4) po operacyi unieruchamia się staw w położeniu odpowiedniem na tydzień w gipsie, poczem zakłada się wyciąg, przyczem znikają szybko wysięki. Po 2—3 tygodniach rozpoczyna się zaraz — ruchy, kąpiele i mięsienie.

* *
*

Streszczając powyższe uwagi, musimy powiedzieć co następuje:

Zwichnięcie stawu, zwłaszcza przeznaczonego do ruchów szerszych, jest cierpieniem bardzo poważnem i dlatego też rokowanie powinno tu być bardzo ostrożne.

Powinniśmy upewnić się zawsze co do stanu stawu promieniami Röntgena i nie wypuszczać zbyt wcześnie pacyentów z leczenia, a zwłaszcza — obserwacyi, pamiętając, że zmiany chorobowe mogą tu wystąpić nawet po dłuższym czasie, na co należy zwrócić uwagę pacyenta, wypuszczanego z leczenia.

Z przytułku położniczego № 4 na Pradze (Zarządzający Dr Jan Gromadzki).

Nowokaina z adrenaliną w praktyce położniczej

(notatka terapeutyczna)

podał

H. GROMADZKI.

Szerokie zastosowanie, jakie znalazła nowokaina z adrenaliną w chirurgii, oraz znakomite wyniki stosowania znieczulenia miejscowego w zabiegach chirurgicznych zachęcały mnie do wypróbowania tego znieczulania miejscowego w zabiegach chirurgicznych, wykonywanych po porodzie, specyalnie—w kolpoperineoplastyce.

Doszedłem do przekonania, stosując znieczulenie miejscowe nowokainą z adrenaliną od września roku ubiegłego, że nie da się ono zastąpić, właśnie w położnictwie, żadnem innem, a nawet uśpieniem chloroformowem, tak szeroko stosowanem u nas w tego rodzaju zabiegach.

Niesłuszne jest twierdzenie, że, znieczulając nowokainą, nie można osiągnąć nigdy całkowicie nieczułego na ból pola operacyjnego. Należy tylko znieczulać w odpowiedni sposób, a wtedy można nawet wiercenie czaszki wykonać bez chloroformu, jak to zwykł był robić niezapomniany mój nauczyciel i profesor ś. p. von Bramann w ostatnich latach swej działalności.

Na zasadzie teoretycznych wiadomości, zaczerpniętych

z bardzo dzisiaj rozległego piśmiennictwa o znieczulaniu miejscowem, wypracowałem metodę, która zdaje się być wygodną w zastosowaniu do chirurgii położniczej.

Stosowałem ją, jak już wyżej zaznaczyłem, z powodzeniem we wszystkich kolpoperineoplastykach, wykonanych w przytułku położniczym od września roku ubiegłego.

Metodę tę postaram się możliwie dokładnie opisać, jak również uwydatnić zalety znieczulenia miejscowego w porównaniu z uśpieniem chloroformowem.

Zanim jednak przejdę do właściwego tematu, w kilku słowach postaram się streścić historyę znieczulenia miejscowego oraz pokrótce przejrzeć wszystkie metody, które były w użyciu, lub jeszcze do dnia dzisiejszego w użyciu pozostają.

Już w kilka lat po wprowadzeniu w użycie chloroformu przez Simpsona (1847 r.) i po entuzyastycznem przyjęciu tego środka usypiającego dały się słyszeć głosy przeciwne usypianiu chloroformowemu ze względu na niebezpieczeństwo i powikłania, powstające w czasie i po usypianiu. Poczęto skwapliwie oglądać się za sposobami usuwania lub zmniejszania bólu, sprawianego zabiegami chirurgicznymi, bez ogólnego uśpienia.

Wynalezienie kokainy przez Neumanna (1860 r.) było punktem zwrotnym w tych poszukiwaniach, po którym metody znieczulania miejscowego pojawiały się lub już wynalezione ulegać zaczęły modyfikacyom.

Z biegiem czasu na rynku farmaceutycznym pojawiły się przeróżne przetwory — anaesthetica o rozmaitym składzie chemicznym, praktyka jednak wykazała, że najbardziej znieczulające działanie posiada kokaina i jej pochodne. Gradevitz wykonał szczegółowe badania nad rozmaitymi środkami znieczulającymi i drogą doświadczenia na zwierzętach podzielił wszystkie środki znieczulające na 3 grupy. Środki pierwszej grupy sprowadzają tylko zmniejszenie się bolesności; środki drugiej — zupełne znieczulenie przy średniem podrażnieniu, wreszcie trzeciej—zupełne znieczulenie przy bardzo silnem podrażnieniu.

Kokaina, eukaina, holokaina, nowokaina i ortoform znalazły się w grupie trzeciej, co jest zupełnie zgodne z doświadczeniem klinicznem. Gdy przytem stwierdzono (Heinze), że morfina, jako środek znieczulający, zupełnie miejscowo nie działa,

zaczęto powszechnie używać kokainy, a w jakiem stężeniu jej używano, niech wykaże poniższe zestawienie:

$^1/_2$% Rusconi;
1% Pernice, Vignes, Fränkel;
1%—2% Reclus, Orłow, Auber, Krogius, Tillmans;
2% Hobbs, Gautier, Verchère;
3% Frey;
3%—5% Wicherkiewicz;
4% Schmidt, Cornvay, Landerer;
5% Wölfler, Hochstätter, Albers, Reclus, Wall, Lustgarten;
1%—10% Decker;
5%—10% Schustler;
10% Popow, Spitzer, Fillenbach, Herrheisen;
12% Hodgott.

Metody znieczulania kokainą nie utrzymały się jednak długo ze względu na często powtarzające się przypadki ostrego zatrucia, które zdarzały się nawet po użyciu nie bardzo skoncentrowanych rozczynów.

Zaczęto więc poszukiwać środka, któryby, posiadając własności znieczulające kokainy, był pozbawiony składników trujących i oto pojawiły się nowe środki, jak eukaina, tropakokaina, holokaina, anestezina Ritterta, nirwanina i, wreszcie, nowokaina. Ostatnia zyskała sobie ogólne uznanie.

Niemal każdy z chirurgów inaczej nowokainę stosował, aż wreszcie w ciągu ostatnich lat powstały metody jej stosowania, które pokrótce wyliczę.

Na tej zasadzie, że nowokaina, jak i kokaina, paraliżuje zakończenia nerwów czuciowych na miejscu jej stosowania, Oberst ustalił metodę t. zw. regionalnego znieczulania, która polega na wstrzykiwaniu podskórnem dużych ilości bardziej skoncentrowanych rozczynów wodnych tego środka. Jest to metoda niewygodna, bo niezupełnie pewna, szczególniej—jeżeli chodzi o znieczulenie większych przestrzeni.

Okrężne znieczulanie podług Hackenbrucha jest nieco zmodyfikowaną metodą Obersta, zupełnie nie dające się zastosować w zabiegach chirurgicznych w praktyce akuszeryjnej. Ma ona na celu znieczulanie określonych przestrzeni, unerwianych przez pewien nerw czuciowy.

Znieczulanie przewodnikowe Brauna polega na wstrzykiwaniu rozczynów nowokainy do pnia nerwowego — jest to metoda trudna, wymagająca nadzwyczajnych wiadomości topografii i dająca się stosować tylko dla części ciała, których nerwy rozchodzą się od dużych pni nerwowych, łatwo dających się odnaleźć igłą, jak np. nerw trójdzielny, lub kulszowy.

Najbardziej rozpowszechniona, i najwygodniejsza jest anestezya infiltracyjna podług Schleicha, którą dla bardzo wielu względów stosowałem w kolpoperineoplastykach po porodzie. Polega ona na nastrzyknięciu tkanek skóry środkiem znieczulającym, do którego dodajemy adrenalinę w celu zmniejszenia światła naczyń w danym obwodzie, a co za tem idzie—zmniejszenia szybkości wsysania się środka znieczulającego.

Infiltracya, która sama przez się rozwija działanie znieczulające, oraz adrenalina, powstrzymująca wessanie, pozwalają stosować niestężone rozczyny nowokainy, co bezwarunkowo do dobrych stron metody zaliczyć należy.

W przypadkach zabiegów chirurgicznych po porodzie stosowałem nowokainę z adrenaliną podług metody Schleicha i gorąco tę metodę polecać mogę. Otrzymywałem pole operacyjne zupełnie niebolesne, a infiltracya i chwilowy obrzęk tkanek nie miały nigdy szkodliwego wpływu na przebieg gojenia się — przeciwnie, nawet wpływały nań do pewnego stopnia dodatnio.

Metoda Schleicha jest bardzo łatwa w stosowaniu, wymaga jednak pewnej wprawy oraz staranności.

Płyn, którego używam, jest $^1/_4$% rozczynem nowokainy w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej (0,9%), do którego dodaję 4—5 kropli adrenaliny 1:1000 na każde 30 cm^3 płynu.

Adrenalina wpływa tutaj dodatnio nietylko na samo znieczulenie, ale też dzięki swemu działaniu na naczynia — zapewnia operatorowi zupełnie niekrwawiące pole operacyjne, co w kolpoperineoplastykach jest bardzo pożądane.

Do wstrzyknięcia używam strzykawkę „Record“ z nasadą dla igły zagiętą pod kątem 45°, co po nałożeniu nań długiej 8—10 centymetrowej igły umożliwia przesuwanie igły w rozmaitych kierunkach.

Płyn do wstrzyknięcia powinien być wyjałowiony przed

każdorazowem użyciem; w tym celu najlepiej jest mieć oddzielnie rozczyn nowokainy i rozczyn adrenaliny.

Przed każdym zabiegiem wyjaławiam w kolbce nowokainę (nowokaina przez wyjaławianie nie traci swych własności); wyjaławianie trwać powinno 10 minut, a więc może być wykonane jednocześnie ze sterylizacyą narzędzi.

Do wyjałowionego i odmierzonego rozczynu nowokainy dodaję odpowiednią ilość rozczynu adrenaliny; adrenalina bowiem nie znosi częstego wyjaławiania, najlepiej więc mieć ją już sterylizowaną w specyalnem naczyniu z kroplomierzem.

Co się tyczy samej metody znieczulania, to gorąco polecać mogę następującą: Po odkażeniu pola operacyjnego alkoholem i jodyną (starannie unikam wszelkich płukań wodą choćby nawet wyjałowioną) wkłuwam igłę strzykawki pół centymetra po za najniżej położonym brzegiem uszkodzenia, posiadającego zwykle kształt wieloboku. Jest to jedyny moment bolesny, gdyż wkłuwam igłę w skórę raz jeden tylko. Naciskając wolno tłok strzykawki, posuwam igłę ku przodowi, pozostając stale w pokładach podskórnej tkanki, lub nawet w samej skórze, nie oddalając się końcem igły dalej, niż na centymetr od brzegu uszkodzenia. Manipulując igłą długą i giętką, mogę, nie wykłuwając jej zupełnie, dokonać infiltracyi całej wargi i skóry krocza od kiszki stolcowej do łechtaczki. Po znieczuleniu jednej strony, nie wykłuwając igły, przechodzę na drugą stronę, znieczulając bez sprawiania bólu drugi brzeg uszkodzenia. Jeżeli w strzykawce płynu zabrakło, zdejmuję strzykawkę z igły i naciągam płyn samą strzykawką, unikając w ten sposób niepotrzebnych ukłuć, które mogą dolegać w okresie pooperacyjnym.

Zupełne znieczulenie następuje nie odrazu, zawsze też należy po ukończeniu znieczulania poczekać przynajmniej 5 minut. Szczypiąc lub kłując znieczulone miejsca, doskonale można przekonać się, czy znieczulenie już nastąpiło.

Ilość płynu, potrzebnego do znieczulenia, zależna jest od uszkodzenia i jego jakości; najmniej wstrzykiwałem 10 cm.^{3}, najwięcej — 25 cm.^{3}, a więc od 0,025 do 0,062 gr. nowokainy.

Znieczulam tylko skórę zewnętrzną, oraz śluzówkę warg i łechtaczki, wychodząc z tego założenia, że ani śluzówka pochwy za przedsionkiem, ani mięśnie nie są wrażliwe na ból.

Stosując znieczulenie miejscowe, unikam konieczności chloroformowania, które zresztą nie zawsze stosować można. Nie narażając pacyentki na przypuszczalne następstwa uśpienia chloroformowego, dokonywam zabiegu, nie sprawiając bólu, a przedewszystkiem, co może jest najważniejszym czynnikiem, nie potrzebuję asystenta do uśpienia.

Ogłaszając tę krótką notatkę, żywię nadzieję, że szerszy ogół akuszerów praktyków, szczególniej na prowincyi, zechce spróbować w swojej praktyce miejscowego znieczulenia w akuszeryi i że zamieni ono w krótkim czasie kłopotliwą i nieraz trudną do zastosowania narkozę chloroformową w tego rodzaju zabiegach.

Zwężenia okrężnicy.

Z metodyki badań rentgenologicznych

podał

J. M. JUDT.

(Dokończenie — patrz T. X, Z. I).

Mączka kartoflana czyni zawiesinę nader trwałą. Związki metalowe nie opadają. Oczywiście, przygotowywać można i mniejsze ilości, zachowując odpowiedni stosunek wody, mączki i bizmutu.

Odwar kartoflany nie podrażnia kiszek. Chorzy utrzymują doskonale enemę, nawet dwulitrową, w przeciągu względnie długiego czasu—do dwu godzin. Parcie na stolec bywa zazwyczaj słabe.

Płyn bizmutowy wprowadzamy w bocznej lewej pozycyi chorego, zmieniając ją stopniowo na grzbietową, boczną prawą, wreszcie na kolanową. W ten sposób zyskać można równomierny podział zawiesiny.

Jest rzeczą zrozumiałą, że należy uprzednio postarać się o usunięcie mas kałowych i gazów. Podawana dawniej jednolitrowa ilość płynu dla enemy wydaje się zbyt małą, o ile wprowadzamy bizmut tylko przez odbytnicę. Dość porównać różnice w zarysach rzutowych okrężnicy po stosowaniu mniejszej lub większej miary w enemie.

Oprócz bizmutu podawać też można tlenek cyrkonu, tlenek toru, a przedewszystkiem nader tani preparat siarczanu barowego (barium sulfuricum); związek ten musi być wolny od domieszek trujących barii sulfurosi lub sulfurati. Siarczan baro-

wy czysty pozbawiony jest własności szkodliwych, co stwierdzone zostało na drodze doświadczalnej przez Günthera i Bachema.

Do litra gotującej się wody dodajemy 2 łyżki stołowe mączki kartoflanej, rozmieszanej uprzednio w 750,0 wody zimnej. Następnie, po zagotowaniu ponownem, dolewamy zawiesinę z 160,0 siarczanu barowego w 250,0 gorącej wody. Wszystko gotujemy dalej w przeciągu 5 minut, chłodząc później przed użyciem do 40° C.

Gęsty odwar kartoflany doskonale uplastycznia zwężenie i przylegające odcinki kiszek. Odlew taki stwarza ścisłe pojęcie o kształcie opasującej zwężenie ściany. Najważniejszą z odmian chorobowych, uchwytnych na tej drodze, jest ubytek cienia bizmutowego boczny — jednostronny lub obustronny. Podobnie jak w żołądku ubytek świadczy o guzie, wpuklającym się do narządu, tak samo sądzić możemy o nowotworze okrężnicy. Ubytek jednostronny przemawia na korzyść guza grzybiastego, usadowionego na segmencie jelita, ubytek zaś obustronny — na korzyść guza opasującego.

Ubytek taki widzimy wyraźnie wtedy tylko, gdy jelito grube obficie napełnia się zawiesiną metaliczną, aż do zniknięcia przewężeń haustralnych. Ani skurcz spastyczny, ani cierpienia zapalne ubytków nie wytwarzają. Strzedz się należy powikłań na obrazie rentgenowskim w postaci wkleśnięć, zależnych od ucisku zewnątrzkiszkowego. Ale ubytki tego rodzaju cechuje linia gładka brzegów, gdy rak stwarza zazwyczaj zazębienia, nierówności, nawet uchyłki o brzegach ostrych.

Mięsaki kiszek napotykane bywają rzadziej, a symptomatologia ich rentgenowska niczem nie różni się od raków. Przedmiotem badań rentgenowskich najczęściej bywa rak pierwotny. Zwęża on jelito wskutek wrastania mas nowotworowych do światła, lub z powodu zgrubienia ściany. Powyżej zwężenia powstaje zazwyczaj przerost ściany i rozszerzenie kiszki. Dostrzegamy to najczęściej w zgięciach okrężnicy górnych. Tu zbiera się duża ilość mieszaniny bizmutowej, zwłaszcza płynnej, a po nad nią gazy, wskutek czego szerokość kiszki dosięga ogromnych wymiarów. Niekiedy rak rdzeniakowaty ulega rozpadowi, co wytwarza na rentgenogramie obraz rozszerzenia wrzecionowatego.

Oprócz nowotworów promienie Röntgena stwarzają także szereg innych odmian w dziedzinie zwężeń kiszkowych: cierpienia zapalne, zrosty, powrózki i pasma włókniste, przeciągnięte pomiędzy kiszkami, rozmaite uwięźnięcia i zgięcia kiszek pod kątem ostrym, a zależne od blizn krezkowych, wreszcie — niektóre zmiany wrodzone i skurcze spastyczne.

Skurcz spastyczny sprawiać może czasową niedrożność okrężnicy. Jest to zjawisko względnie często teraz napotykane. Powstaje guz ruchomy, twardawy, z uwypukleniem ściany brzusznej. Guz taki niejednokrotnie już bywał utożsamiany z nowotworem istotnym, i wywoływał zabieg chirurgiczny, oczywiście — zgoła niepotrzebny. Revue médicale de la Romande z 1910 r. przytacza przypadek podobny.

Doskonale opracowana przez Fleinera i Westphala metodyka rozpoznań naparć spastycznych nie wystarcza. Aby w razach wątpliwych uniknąć błędu rozpoznawczego, badanie rentgenologiczne prowadzone być powinno conajmniej dwukrotnie z przerwą parotygodniową. W skurczu spastycznym zazwyczaj nie spostrzegamy kanału zwężenia, ani ubytku cieniowego. Uwagi różniczkowe podobne są w zasadzie do zastrzeżeń, czynionych w stosunku do zwężeń przełyku i odźwiernika.

Niekiedy, jak to spostrzegamy na trochoskopie, możemy przemódz zaporę czy to za pomocą mięsienia, czy też za pomocą wzmożenia ciśnienia w enemie.

Singer i Holzknecht *) zwrócili uwagę na szczegół, według nich — charakterystyczny dla niektórych przypadków zaparcia spastycznego. Jest to t. zw. spasmus ad genu recto-romanum, jako przejaw silnej hipertonii w dolnym odcinku okrężnicy zstępującej i w esicy. Niekiedy powstaje tu przewężenie zupełne, niekiedy atoli—tylko zmniejszenie światła esicy do 2 lub 3 cm., gdy średnica w warunkach prawidłowych wynosi od 4 do 6 cm. w rzucie rentgenoskopowym.

Zwężenia wrodzone napotykamy najczęściej w dwunastnicy, w pobliżu wylotu przewodów żółciowego i trzustkowego, następnie w kątnicy (atresia ileo-coecalis) i w okrężnicy. Zwężenia te powstają w życiu płodowem wskutek ograniczonego

---

*) Münch. med. Woch. 1911, № 48.

zapalenia otrzewnej, lub z powodu zamknięcia niektórych rozgałęzień tętnicy krezkowej. Ciśnienie przełykanej wody płodowej wytwarza powyżej zwężenia rozstrzeń jelitową z przerostem warstwy mięśniowej, natomiast poniżej zwężenia następuje zwężenie się światła, a nawet zarośnięcie zupełne. Powstaje obraz rentgenoskopowy o niejakiem podobieństwie do zwężenia organicznego nabytego. Interesujący przypadek tego rodzaju podał Hartman w Semaine medicale z 1907 roku.

Zrosty pochodzenia zapalnego, mianowicie pasma otrzewnowe i powrózki, przeciągnięte pomiędzy kiszkami, stwarzają zwężenia tak wydatne, że trudno je odróżnić na obrazie rentgenowskim od zwężeń nowotworowych. Niekiedy zrosty zapalne otaczają jelita na znacznej przestrzeni, co pozwala na ściślejsze rozpoznanie. Niekiedy znów, jak to bywa np. po krwawej biegunce (perisigmoiditis), kanał zwężenia odcina się ostro od dzielnicy chorej, gdy w nowotworze przejście to ma charakter stopniowy. W poszczególnych przypadkach dopomagają nam niektóre szczegóły rentgenoskopowe, jak wielolicznośc odcinków zwężonych, unieruchomienie jelita, zniekształcenie okrężnicy.

Zwężenia gruźlicze tworzą stosunkowo dużą odsetkę rozpoznań rentgenologicznych. Jak wiemy, cierpienie to występuje najczęściej w okolicy kiszki ślepej w postaci bliznowatej. Twardy, wązki pierścień tkanki zgrubiałej powoduje silne zwężenie światła jelita, niekiedy do paru milimetrów średnicy. W postaci przerostowej zwężenie obejmuje zazwyczaj większy odcinek kiszki, acz nie dosięga ono tak znacznego stopnia. Natomiast gruźlica kiszek owrzadzająca, rozlana, objawów zwężenia nie stwarza. Wiemy, że w przypadkach takich bizmut nietylko nie zalega w jelitach, lecz, przeciwnie, nadzwyczaj szybko przebiega przez chory odcinek. Nie dostrzegamy zgoła przewężeń haustralnych. Czynność mięśniowa kiszki, napięcie wiotczeje, ginie rola przewężeń, jako hamulców w posuwaniu się kału.

Przymiot nabyty także sprawiać może zwężenia okrężnicy. Blizny tworzą się tu wskutek zgorzeli ziarniniaków przymiotowych. Natomiast przymiot dziedziczny powoduje owrzodzenia i zwężenia następcze przeważnie w kiszkach cienkich.

Zarówno zwężenia gruźlicze, jak i szereg innych pochodzenia zapalnego (przymiot, tyfus, krwawa biegunka) nie mają cech różniczkowych. Kazuistyka dotychczasowa nie pozwala na ich rozpoznawanie różniczkowe.

* *
*

W rentgenologii zwężeń kiszek technika badań odgrywa rolę pierwszorzędną. Każdy z wyliczonych trzech czynników metodologicznych posiada dużą wartość rozpoznawczą. Odlew ścisły, trochoskopia, skojarzenie dwu fal bizmutowych służą nietylko ku stwierdzeniu zwężeń, ale dążą dalej jeszcze, acz niezawsze jest to możliwe, ku różniczkowaniu cierpienia pod względem przyczynowym.

Zaznaczam dobitnie, że szeregowanie zwężeń okrężnicy etiologiczne możliwe jest teraz tylko w pewnej kategoryi przypadków. Ale już jako takie tworzy ono jedną z ostatnich zdobyczy w rentgenologii, zaczyn dla prac dalszych w tak trudnej dziedzinie klinicznej.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Missed labour i missed abortion

(Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu ginekologów T. L. W. d. 30 maja 1913 r.)

przez

STANISŁAWA HUZARSKIEGO.

Oldham i Clinxton nazywali missed labour te przypadki, w których, przy dojrzałym lub prawie dojrzałym płodzie, w określonym terminie występowały bóle porodowe i odchodziły wody płodowe, bóle te wszakże stopniowo uspakajały się, a zamarły tymczasem płód pozostawał w macicy nadal, dłużej niż prawidłowy okres ciąży.

Matthews Duncan nazywał missed abortion te przypadki wczesnego zamarcia płodu, w których, po wystąpieniu ogólnych lub miejscowych oznak poronienia, następuje uspokojenie, trwające nieskończenie długo, czasami sięgając aż poza normalny koniec ciąży. E. Fränkel robi określeniu missed labour zarzut, że wprawdzie w końcu ciąży stale występują słabsze lub mocniejsze bóle, ale przytem nie zawsze odchodzą wody płodowe, a nawet po większej części błony płodowe pozostają nienaruszone. Za charakterystyczny objaw uważa natomiast zamarcie płodu, następujące bądź przed terminem, bądź też najczęściej podczas lub też bezpośrednio po ustaniu bezskutecznych bólów porodowych.

Co się tyczy missed abortion, to Fränkel zwraca uwagę,

że nie zawsze występują objawy poronienia (bóle, krwawienie). Za charakterystyczny objaw uważa zatrzymanie całego zamarłego jaja płodowego — zatem zatrzymanie łożyska lub samego płodu nie należy do tej kategoryi. Fränkel określa missed abortion — jako zatrzymanie w macicy poza normalny koniec ciąży jaja płodowego, zamarłego przed okresem zdolności do życia płodu.

Dziś nie ulega już żadnej wątpliwości, że zatrzymanie dojrzałego lub prawie dojrzałego płodu w normalnej jamie macicznej krócej lub dłużej po końcu ciąży jest możliwe; dawniej uważano przypadki te za ciążę zewnątrzmaciczną lub też ciążę w dodatkowym rogu macicy. Oprócz tego również przy normalnej jamie macicznej napotykano missed labour w następujących towarzyszących okolicznościach: 1) najczęściej w raku szyi macicy; 2) w licznych włókniakach dolnego odcinka macicy i w mięśniaku ciała macicy, obok przodującego łożyska; 3) w zrostach błon płodowych z błoną doczesną; 4) w zwężeniach i zarośnięciach ujścia macicznego i szyi macicznej, jakoteż w nienormalnej twardości takowej; 5) w głębokiem bocznem usadowieniu się łożyska; 6) w bardzo cienkiej i łamliwej muskulaturze macicy; 7) po zapaleniu otrzewnej; 8) w zachorowaniu centralnych organów nerwowych (Meningitis cerebrospinalis, porażenie i znieczulenie dolnej połowy ciała); wreszcie 9) z powodu przyczyn jeszcze nieznanych.

Fränkel stara się znaleźć jedno wspólne wyjaśnienie dla wszystkich tych przypadków. W tym celu zastanawia się on nad następującemi pytaniami: 1) jaka jest przyczyna występowania bólów porodowych w ogólności, i dlaczego muszą one trwać aż do ukończenia porodu? 2) w jakich warunkach mogą one czasowo lub na stałe ustać? 3) co powoduje ponowne wystąpienie takowych po długiej pauzie?

Pierwsze pytanie rozwiązuje najlepiej pogląd Keilmana i Knüpfera, który podzielają również Küstner i Winckel. Keilman zastanawia się nad przyczynami powstawania bólów w ciąży, które zasadniczo nie różnią się od bólów na otwarcie macicy, a których częstość i wzmocniona działalność są wyrazem wzmocnionego działania tych samych przyczyn. Anatomiczną podstawę do zrozumienia tych procesów daje nam nierozstrzy-

gnięta sprawa szyi macicznej (Cervixfrage), którą Küstner rozwiązał w tym sensie, że szyja w ciąży rozwija się w jamę śródmaciczną (cavum mesouterinum — unteres Uterinsegment) z wytworzeniem błony doczesnej w takowej.

Istnieje bezpośredni związek pomiędzy zwojami szyjowymi a wygładzeniem się kanału szyi, jakoteż przygotowaniem i ukończeniem porodu. W przeciwieństwie do Schatza, który przyczynę wystąpienia porodu widzi w mózgowiu, Keilman uważa, że zwoje szyjowe mają samodzielność czynności i niezależność od wpływów ośrodkowych. Teorya Keilmana jest następująca: w przebiegu ciąży jaje rosnące wypełnia z początku zwiększającą się jamę macicy, z tego powodu duże skupienia zwojowe, umieszczone w okolicy wewnętrznego ujścia macicznego, po obu stronach i po za środkowemi i dolnemi częściami macicy, mechanicznie zostają podrażnione przez dolny biegun jaja. jakoteż przez rosnącą i rozszerzającą się macicę, a przeto już we wczesnych okresach ciąży występują lekkie kurcze macicy, które stopniowo zamieniają górny odcinek szyi w jamę, wypełnioną dolnym biegunem jaja.

Wskutek coraz wznawiającego się i coraz wzmacniającego się pobudzenia ośrodków nerwowych występują mniej lub więcej silne kurcze mięśnia macicznego, które później dają się wyczuwać nawet objektywnie. Każdy z takich bólów w ciąży przyczynia się do wygładzenia szyi, a z drugiej strony—wypycha zawartość macicy w otwierający się lejek i przyczynia się do powstawania dalszych bólów.

Tym sposobem wskutek samoistnie działającego mechanizmu szyja dalej wygładza się, pobudzenie nerwowych ośrodków, a co za tem idzie — i bóle wzmacniają się, a gdy szyja jest już wystarczająco wygładzona i zwój Frankenhausera jest wystawiony na ucisk ze strony sąsiedniego odcinka szyi, występują te bóle, które nazywamy bólami na otwarcie.

Podług tego poglądu — za przyczynę powstawania porodu należy uważać dostateczne wygładzenie szyi jednocześnie z dostatecznym rozrostem zawartości macicznej, czyli dojrzałość płodu. Do prawidłowego postępu i ukończenia porodu, czyli do wydalenia płodu na drodze naturalnej, trzeba jeszcze jednego warunku, a mianowicie normalnego ustosunkowania

górnej, wydalającej części macicy (Hohlmuskel Schrödera) do dolnego biernego odcinka dróg porodowych (Dehnungsschlauch). Gdy muskulatura górnego odcinka przeważa, jak to normalnie ma miejsce, a dolny odcinek dostatecznie rozciąga się, wówczas w braku innych przeszkód poród postępuje prawidłowo.

Przy nadmiernie wielkiej przeszkodzie (np. z powodu zwężenia miednicy), przy niezmniejszonej mocy górnego odcinka, a nadmiernem napięciu dolnego odcinka, ten ostatni może pęknąć. Pęknięcie dolnego odcinka może również nastąpić, gdy ten ostatni straci swoją sprężystość przy normalnej sile i grubości górnego odcinka np. z powodu raka szyi.

Wszystkie okoliczności, sprawiające wzmożony opór w dolnym odcinku, przy jednoczesnem zmniejszeniu siły wydalającej górnego odcinka, mogą prowadzić do missed labour. Ma to miejsce w ten sposób, że nienormalny opór lub przeszkoda w szyi przeszkadza wygładzeniu i przekształceniu tejże przez bóle w ciąży w dolny odcinek maciczny, przez co jaje płodowe rozwija się wyłącznie w górnym odcinku macicy, a ściany cienieją.

Następstwem tego będą zbyt słabe bóle w ciąży i niedostateczne bóle na otwarcie, niedostateczne zepchnięcie pęcherza płodowego w dolny odcinek szyi, dalej — brak mocnego podrażnienia zwojów szyjowych, brak właściwego początku porodu lub ustanie takowego, gdyż zbyt niepodatny dolny odcinek przezwycięża zbyt słabą siłę górnego odcinka i doprowadza do ustania kurczów (jest to bezwzględna niedomoga górnego odcinka macicy).

Z drugiej znowu strony chorobliwe osłabienie górnego odcinka np. z powodu poprzedzającego zapalenia otrzewnej, zaniku wskutek karmienia, usadowienia się guza może pierwotnie wywoływać zbyt słabe bóle w ciąży lub też bóle na otwarcie, i nie są one w stanie wygładzić normalnej szyi (jest to względna niedomoga górnego odcinka). I w tym wypadku dolny biegun jaja płodowego nie zostaje zepchnięty dość nizko, zwój Frankenhausera niedostatecznie lub też wcale nie zostaje podrażniony, co ostatecznie sprowadza zupełne ustanie już od początku niedostatecznie działających bólów. Oto odpowiedź na drugie pytanie.

Na trzecie pytanie dziś jeszcze nie można odpowiedzieć z taką samą pewnością. W pierwszym rzędzie powołują się tu na t. zw. „teoryę obcego ciała“. Przy zatrzymaniu całkowitego jaja woda płodowa stopniowo zostaje wessana, płód mumifikuje się; duże naczynia w miejscu przyczepu łożyska zostają zatkane, łożysko kurczy się, staje się twarde, kosmki kosmówki zamierają, naczynia ich zamykają się i ostatecznie dochodzi do mniej lub więcej ograniczonego lub też rozlanego odrodzenia błony śluzowej macicy z wytworzeniem nabłonka cylindrycznego, krótko mówiąc—jaje płodowe leży bez organicznego związku z wewnętrzną ścianą macicy, jak ciało obce w jamie tejże, a pomimo to nie zostaje jednak wydalone.

Następnie drugim czynnikiem, przyczyniającym się do wydalenia płodu, jest t. zw. kongestya miesiączkowa, która wywołuje kurcze, stopniowo dochodzące do bólów porodowych. Dla przypadków z zatrzymaniem otwartego jaja płodowego, z następczem zropieniem, Frankel zwraca uwagę na przedostanie się toksyn do krwi i na gorączkę, jako na momenty wywołujące bóle.

Graefe przyczynę braku bólów upatruje w zmniejszonej pobudliwości macicy, która może być pochodzenia centralnego.

Przyczyna zamierania płodu w normalnym terminie jest dotychczas mało wyjaśniona. Śmierć płodu, w krótkim czasie po rozpoczęciu się i uspokojeniu bezskutecznych bólów, następuje tak szybko i prawidłowo, że słusznie uważają takową za objaw charakterystyczny dla missed labour, daleko słuszniej niż odpłynięcie wód płodowych, które nie koniecznie występuje równocześnie z rozpoczęciem się bólów, lub też wkrótce po takowych. Kliniczny obraz tego zamarcia robi wrażenie wyraźnego zatrucia. Klein wypowiedział hipotezę, że śmierć płodu jest objawem pierwotnym, a zmniejszenie drażliwości macicy przez toksyny, wytworzone przez zmacerowany płód i zatrzymanie tegoż, są objawami wtórnymi.

Hipoteza ta nie wytrzymuje krytyki. Podług hipotezy Hassego — przy powstrzymaniu porodu następuje przeładowanie kwasem węglowym, a właściwiej brak tlenu w łożysku, co prowadzi do wewnątrzmacicznej śmierci płodu przez udusze-

nie. Atoli i w tej hipotezie istnieją niewyjaśnione przeciwieństwa. Tymczasowo dla objaśnienia śmierci płodu można wskazać tylko ogólnikowo na poważne zmiany cyrkulacyjne w ciele płodu, jakoteż w dojrzałem łożysku, w związku z dojrzałością płodu, stanowiącą główny czynnik początku porodu, jakoteż — być może — na nagromadzenie i utrudnione wydzielanie pewnych produktów przemiany materyi w dojrzałym płodzie, które prawdopodobnie działają nań trująco, co ostatecznie prowadzi do uduszenia.

Jakie są przyczyny missed abortion? Na pytanie to odpowiedział szczegółowo Oskar Schäffer w sposób następujący. 1) Zatrzymanie wewnątrzmaciczne jaja poronionego ma miejsce z tego powodu i przeciąga się przez całe mieciące, a nawet więcej niż rok, że zaburzenia cyrkulacyjne, wywołane przez stopniowe zamieranie małych w stosunku do jaja płodowego zarodków i płodów do 4-go miesiąca ciąży, na przestrzeni tak niestosunkowo większej ogólnej cyrkulacyi błon płodowych, powoduje tak mały brak, że krążenie krwi w matczynej błonie doczesnej sprowadza z początku nieznaczne zaburzenia, a dopiero przy stopniowo zwiększającej się zgorzeli całych gniazd kosmówki większe zaburzenia. W ten sposób błona doczesna spóźniona zostaje jeszcze długo odżywiana i utrzymana, a nawet ma miejsce rozrost komórkowy tkanek kosmkowych. Macica w stosunku do takich młodych jaj zachowuje się długi czas nie jak z obcem ciałem lub jak z nagle całkowicie oddzielonem jajem. 2) Te jaja, których błona doczesna spóźniona nie jest jeszcze zupełnie wytworzona (a więc do IV-go miesiąca ciąży), rosną często dalej po zamarciu, a czasem nawet po rozpuszczeniu się zarodka; ilość wody płodowej zachowuje się przytem rozmaicie. 3) Ponieważ jednak ten wzrost jaja, zaróno jak utrzymanie się jaja w tym samym stanie, nie odpowiada odpływowi krwi odpowiednio do trwania ciąży, to te przypływy miesiączkowe, przy ciągle postępującej zgorzeli i oddzielaniu się błony doczesnej spóźnionej, z równoczesnem postępującem odnowieniem błony śluzowej macicy, potęguje się aż do wystąpienia krwawienia miesiączkowego. Od tej chwili jaje płodowe staje się ciałem obcem. 4) Zatrzymanie wody płodowej i spowodowane przez nią równomierne wewnętrzne ciśnienie przyczynia

się w znacznym stopniu do powstrzymania wybuchu bólów. Zachodzi tu podobny stosunek, jak przy podśluzowych mięśniakach o szerokiej podstawie, w przeciwieństwie do włókniaków polipowatych, z chwilą gdy takowe pod wpływem kongestyi miesiączkowej zostają wepchnięte do wewnętrznego ujścia macicznego.

A' więc—ucisk na wewnętrzne ujście maciczne ciała okrągłego, wolnego ze wszech stron, wywołuje właściwe bóle porodowe. 5) Za przyczynę braku skurczów macicznych należy uważać: a) wessanie wody płodowej po zachowaniu lub zamarciu jaja płodowego w pierwszej połowie ciąży, jakoteż zgorzel wnętrza kosmków przy nienaruszonych wodach płodowych; b) zapalenie błony śluzowej macicy (endometritis), wywołujące patologiczne zmiany w błonie doczesnej spóźnionej; c) zapalenie błony mięsnej macicy (metritis), przeszkadzające skurczom, jako też zniekształcenie macicy; d) nieprawidłowości w przypływie miesiączkowym w ciąży, o ile są one zależne od chorób krwi lub przemiany materyi (tu należą wszystkie objawy degeneracyi, jako też niedostateczna innerwacya); e) patologiczne jajka i jajniki, usposabiające do zachowania błon płodowych i zarodka, lub też zaburzenia naczynioworuchowe na drodze zwrotnej (kastracya, zwyrodnienie jajników).

To objaśnienie Schaffera dla missed abortion zgadza się w zupełności ze sposobem powstawania missed labour podług Frankela, a mianowicie: tu, jak w missed labour, ucisk na ujście wewnętrzne resp. na okołoszyjowe zwoje wywołuje naprzód bóle w ciąży, a następnie bóle na otwarcie, a ucisk ten występuje tem później, im bardziej stopniowo postępuje kurczenie się jaja, szczególniej — przy zachorowaniu jaja i śmierci płodu w pierwszej połowie ciąży, jako też im powolniej następuje wessanie wody płodowej. W końcu jaje płodowe, jak przy missed labour, leży oddzielone w macicy, jako ciało obce, zostaje jednak wydalone dopiero na skutek podrażnienia przez przypływ krwi znów pojawiającej się miesiączki.

Objawy i przebieg w missed labour i missed abortion różnią się w niektórych punktach od objawów, które zwykle spostrzegamy po śmierci płodu. Jak wiadomo, występują przy missed labour na krótko przed lub w normalnym końcowym

okresie ciąży próżne wysiłki porodowe, które po zamarciu płodu, występującem stale i szybko, ustają chwilowo lub na stałe. Za dalszy objaw charakterystyczny dla missed labour trzeba uważać śmierć płodu, występującą niezmiernie szybko i bez wyjątku po krótkotrwałej i przeważnie słabej działalności porodowej.

Dalszy przebieg zależy od tego, czy woda płodowa została utrzymana, lub też nie: w pierwszym przypadku dojrzały lub prawie dojrzały płód zostaje zmacerowany, przy dłuższem zatrzymaniu woda płodowa częściowo zostaje wessana, a macica, kurcząc się mocniej dokoła płodu, zmniejsza się. Podczas zatrzymania zamarłego płodu występują dość często objawy ogólne, które obserwujemy przy zewnątrzmacicznem zamarciu płodu, a więc: uczucie zimna, a nawet wstrząsającego dreszczu, przy braku gorączki, nudności, brak łaknienia, bóle głowy, uczucie ciała obcego w jamie brzusznej, osłabienie i ciężar w nogach, przygnębienie duchowe, czasami zwiotczenie piersi. Prawdopodobnie objawy te zależą od wessania toksyn, powstałych po śmierci płodu w nim samym lub w wodzie płodowej. Od czasu do czasu odchodzi krew i śluz, występują bóle porodowe, aż w końcu, po upływie tygodni lub miesięcy, występują prawidłowe bóle porodowe, doprowadzające z pomocą lub bez pomocy do zakończenia porodu. O ile bóle nie występują wcale, to przy całym pęcherzu płodowym istnieją warunki do powstania wewnątrzmacicznego płodu skamieniałego. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy na początku lub w przebiegu missed labour odeszła woda płodowa. Zwykle wkrótce następuje rozkład zawartości macicy, przyczem na skutek gorączki i powstałych toksyn występują bóle porodowe, doprowadzające do wydalenia gnijącego płodu wraz z dodatkowemi częściami.

Gdy zaś przy gnijącym i rozpadającym się płodzie nie wystąpią dostateczne kurcze macicy, wówczas przy obfitej, ropnoposokowej wydzielinie i hektycznej gorączce zostają wydalone pojedyńcze części kostne, gdy inne kości wklinowują się w ścianę macicy, przebijają takową, przenikają po zapalnych zrostach z sąsiednimi organami do takowych (pęcherz moczowy, kiszki, jama otrzewnowa, ściana brzucha) i mogą prowadzić do śmierci na skutek zapalenia otrzewnej lub wyniszczenia, co zdarza się wyjątkowo rzadko.

Objawy missed abortion są mniej groźne. Po zatrzymaniu się miesiączki w ciągu jednego lub kilku miesięcy dochodzi przeważnie pomiędzy 3-im a 4-ym miesiącem ciąży do mniejszego łub większego krwotoku, któremu nierzadko towarzyszą lekkie kurcze maciczne. Krwawienie to zwykle jest oznaką śmierci płodu. Zaburzenia krążenia w błonie doczesnej spóźnionej, spowodowane niedostatecznym rozwojem naczyń w kosmkach, jakoteż zamknięciem światła istniejących tętnic i żył, dochodzą do takiego stopnia, że następuje z jednej strony śmierć płodu, z drugiej zaś — krwawienie do przestrzeni międzykosmkowych, jakoteż nazewnątrz pomiędzy błony płodowe a macicę. Zmiany te jednak nie wystarczają do wywołania bólów i wydalenia jaja; jaje wraz z wodą płodową zostaje zatrzymane (missed abortion).

Tylko w nielicznych wyjątkowych przypadkach (Iwanow, Machenhauer, Heller, mój przypadek *)) brak tych premonitorycznych krwawień. O ile to zatrzymanie nie zostanie sztucznie przerwane, to występują przy współudziale przypływu miesiączkowego, po krótszym lub dłuższym czasie, często zupełnie niespodzianie, obfite krwotoki, czasem słabsze, przeciągające się z peryodycznemi nasileniami, które ostatecznie doprowadzają do wydalenia oddzielonego jaja płodowego.

Przebieg ten zależy od okresu zamarcia płodu; o ile to nastąpiło w pierwszych dwóch miesiącach, to płód może całkowicie zostać zresorbowany; nawet po otwarciu takiego jaja po dłuższem zatrzymaniu rzadko występuje zropienie; od końca 2-go do początku 5-go miesiąca płód w nienaruszonym worku płodowym marszczy się lub mumifikuje się; po odpływie wody płodowej, o ile nie następuje natychmiast wydalenie całego jaja, dochodzi do zropienia i rozpadu płodu; jednakże małe kosteczki odchodzą zwykle per vias naturales łatwo i bez uszkodzenia sąsiednich narządów. Po upływie 5-go miesiąca następstwa zatrzymania przy otwartym worku płodowym są takie same, jak dla dojrzałego lub prawie dojrzałego płodu przy missed labour.

*) Patrz demonstracyę moją na posiedzeniu lutowem r. 1913 ginekologów. Przegl. Chir. i Ginek.

Rozpoznanie powinno opierać się nie na objawach, lecz na wynikach bardzo dokładnego skombinowanego badania, które należy powtarzać w dłuższych przestankach. Dokładne wywiady mają w tym przypadku duże znaczenie. Bądź co bądź rozpoznanie missed abortion nie zawsze jest łatwe. Mogły istnieć z powodu poprzedzającej ogólnej choroby, lub w sferze płciowej lub też wskutek okresu karmienia, jeszcze przed nastąpieniem nowej ciąży — brak peryodu lub nieprawidłowość w miesiączkowaniu; również mocica może być powiększona z powodu chorobowych spraw (metritis chronica, mięśniak). A jednak dokładne skombinowane badanie, a zwłaszcza — zwrócenie uwagi na kształt, wielkość i spójność macicy, na rzadko brakujący t. zw. objaw ciąży Hegara, na wcześnie występujące zabarwienie błony śluzowej sromu, pochwy i części pochwowej (Weinhefenfärbung), pozwalają doświadczonemu akuszerowi znacznie wcześniej, niż to jest podane w podręcznikach, bo już w 6-ym lub 7-ym tygodniu ciąży, zrobić rozpoznanie z wielkiem prawdopodobieństwem. Możność wyciśnięcia siary z brodawek stanowi dość wartościową wczesną oznakę, gdyż już w 8-ym do 10-go tygodnia można wycisnąć z jednej lub obu piersi kroplę siary; należy jednak odróżnić takową od zgęszczonego mleka z poprzedniego okresu karmienia.

Znana miękka konsystencya macicy ciężarnej może nie mieć miejsca już to z powodu towarzyszącego zapalenia miąższu macicy lub mięśniaka, już też z powodu obciągnięcia się macicy dokoła zatrzymanego jaja płodowego; przy powtórnem badaniu macica ma zwykle większą konsystencyę; ta zmiana w konsystencyi podczas tego samego badania, lub też przy badaniu w dłuższych przerwach przemawia z pewnością na korzyść ciąży. Co do śmierci płodu przed 5-ym miesiącem, to rozstrzyga ją powstrzymanie w rozroście macicy, przy badaniach w dłuższych odstępach czasu (najmniej 3—4 tygodni).

Właśnie tu możliwe są samoomamienia. Trzy punkty wskazują na pewne rozpoznanie missed abortion: 1) stwierdzenie obecności jaja w macicy; 2) trwały, często jeszcze zwiększający się niestosunek pomiędzy przypuszczalnym czasem trwania ciąży, a wzrostem macicy; 3) powstrzymanie w rozwoju macicy, jakoteż brak oznak życia płodu w określonym czasie.

Rozpoznanie missed labour w przypadkach prostych łatwo jest zrobić na zasadzie wywiadów i wyniku wymacania, jako też po wielokrotnem starannem poszukiwaniu tonów serca płodu.

Trudniejsze jest rozpoznanie, gdy po nastąpionej śmierci płodu w końcu ciąży i po odejściu wody płodowej, lub też częściowego wessania takowej, macica mocno obciąga się dokoła zatrzymanego zmacerowanego płodu. Części płodu nie dają się wyczuć ani przez obmacywanie, ani też przez twarde i mocno ściągnięte usta maciczne, tętna płodu nie słychać, macica o cienkich ścianach, mocno obciągnięta dokoła płodu, wydaje się daleko mniejszą, niż odpowiednio do czasu trwania ciąży. Tym sposobem rozpoznawano ciążę zewnątrzmaciczną, lub też złośliwe zwyrodnienie mięśniaka, powikłanego ciążą. Najczęstszą pomyłkę stanowiło uważanie missed labour w normalnej jamie macicznej za zatrzymanie płodu w dodatkowym rogu dwurożnej macicy. Takie pomyłki przytrafiły się najwydatniejszym dyagnostom i operatorom (Litzmann, Werth, Sänger).

Rozpoznanie staje się jeszcze bardziej utrudnione przez to, że usadowienie w dodatkowym rogu, w przeciwieństwie do ciąży zewnątrzmacicznej we wczesnym okresie, nie sprawia po większej części żadnych dotkliwych dolegliwości i dlatego rzadko dochodzi do świadomości lekarza. Wskazówkę co do rozwoju w dodatkowym rogu stanowi kształt i położenie macicy, przedstawiającej owalny, ukośnie leżący guz, który leży ruchomo w brzuchu ponad miednicą i nie zawsze daje się wyczuć ze strony pochwy. Bardzo ważną oznakę stanowi niejednakowy przyczep więzów obłych, o ile takowe dają się wyczuć. O ile takowe nie dają się wyczuć, to również poważną wskazówkę stanowi, gdy jeden jajnik badający palec wyczuwa wysoko w górze, przy guzie, zaś drugi nizko w miednicy.

Zwykle nieco powiększony pusty róg maciczny jest również wykrzywiony na bok, w przodo-boko- lub tyłozgięciu, i daje się wyczuć przez pochwę lub kiszkę stolcową. Bądź co bądź, wobec względnej częstości ciąży w rogu dodatkowym należy przy każdem dłuższem zatrzymaniu zamarłego płodu pamiętać o takowej, jak również odróżniać takową przy badaniu od normalnej ciąży macicznej i od bardzo rzadkiej donoszonej ciąży

jajowodowej, gdyż takowe wymagają zupełnie innego leczenia.

Rokowanie w missed abortion, szczególniej w pierwszych miesiącach jest pomyślne. Nawet zropienie po odejściu wody płodowej nie przedstawia wielkiego niebezpieczeństwa. Naturalnie—rośnie ono ze wzrostem i wielkością płodu. Gwałtowne niebezpieczeństwo dla życia może powstać przez nagłe krwotoki, poprzedzające wydalenie jaja lub też towarzyszące takowemu (przypadek Dössekera, 2 przypadki Fränkela, przypadek Rosensteina, 2-gi przypadek Kosińskiego i mój przypadek).

Rokowanie w missed labour zależy w pierwszym rzędzie od utrzymania się pęcherza płodowego, a następnie — od przyczyny zatrzymania płodu. Przy raku macicy, lub też przy zropieniu płodu po odejściu wody płodowej rokowanie jest bardzo ciężkie. W tych przypadkach, w których przy nienaruszonym pęcherzu płodowym zawartość macicy jest aseptyczna, można jeszcze liczyć na powrót istotnych bólów porodowych i na samoistne ukończenie się porodu, o ile niema nieprzezwyciężonych przeszkód w kanale rodnym.

Co się tyczy postępowania w missed abortion, to z chwilą, gdy jesteśmy pewni śmierci płodu, należy, nawet przy nienaruszonem jaju płodowem, usunąć takowe, ażeby uniknąć nagle występującego gwałtownego krwotoku. Również wzgląd na stan duchowy kobiety zmusza często do interwencyi. Gdy przyłączy się śluzoworopna lub krwawa wydzielina, lub też gdy istnieją mocniejsze ogólne objawy, należy również interweniować. Samo przez się rozumie się, że przy wystąpieniu gorączki i ropienia po otwarciu worka płodowego wskazane jest najprędsze usunięcie rozpadającego się jaja.

Co się tyczy techniki, to, o ile szyja jest jeszcze mocno zamknięta, należy, po ustawieniu części pochwowej w wzierniku rynienkowatym i umocowaniu takowej kulociągami, z początku rozszerzyć ją rozszerzadłem Hegara do № 10, a następnie wprowadzić do niej pałeczkę blaszkowca (odrazu grubszy numer 7 lub 8). Po upływie 12 lub 24 godzin należy w uśpieniu dokonać dalszego rozszerzenia (do № 26), poczem łatwo już oddzielić i usunąć jaje palcem z macicy. Fränkel przestrzega dobitnie przed użyciem łyżeczki, gdyż niszczy ona całość jaja

i ułatwia nawet w doświadczonych rękach zatrzymanie resztek błony doczesnej i kosmków z wiadomemi następstwami.

Przy zropieniu jaja z septycznem zapaleniem błony śluzowej szyja daje się tak łatwo rozszerzyć, że bez wprowadzenia blaszkowca można na jednem posiedzeniu rozszerzyć takową za pomocą rozszerzadeł i palcem opróżnić macicę. Łyżeczka może w tych przypadkach uogólnić zakażenie. Fränkel przepłukuje potem macicę 1—2 litrami 96% alkoholu. Po za 5-ym miesiącem rozszerzenie macicy blaszkowcem i rozszerzadłami nie wystarcza czasami do wydalenia jaja, jak również do wywołania mocnych bólów, któreby mogły samoistnie wydalić płód. Nie należy wtedy napróżno tracić czasu na tamponowanie pochwy lub kanału szyi; nawet wprowadzenie elastycznych świeczek pomiędzy jaje a ścianę maciczną (Krause) działa w tych przypadkach zbyt wolno, oprócz tego przytem nie rzadko zostaje otwarty worek płodowy, co ułatwia zakażenie i gorączkę. Wobec mocno zmniejszonej pobudliwości macicy należy natychmiast przejść od świeczek do wprowadzenia balonu gumowego, naturalnie również pod kierunkiem oku i z zachowaniem najściślejszej aseptyki. O ile stopniowe powiększenie wypełnienia balonu nie wywoła stałych i skutecznych bólów, należy dodać stałe umiarkowane pociąganie ciężarkiem. Zwykle wystarcza to do ukończenia przedwczesnego porodu.

O ile po zropieniu i rozpadzie starszego płodu pozostają w macicy pojedyncze kości, mogące doprowadzić do przedziurawienia sąsiednich narządów, to należy rozszerzyć szyję i ostrożnie usunąć je palcem lub szczypczykami. W wyjątkowo zdarzających się przypadkach absolutnej niepodatności szyi (z powodu mocnych blizn, nowotworów i t. d.) nie pozostaje przy zropieniu zawartości macicy nic innego, jak całkowite usunięcie macicy przez pochwę.

Co się tyczy postępowania w missed labour, to zależy ono od tego, czy błony płodowe są nienaruszone czy też naruszone. O ile przy całych błonach płodowych niema poważnych miejscowych lub ogólnych dolegliwości, należy wyczekiwać ponownego wystąpienia bólów, co często prowadzi do samoistnego ukończenia porodu. Nie należy jednak tego wyczekującego postępowania przeciągać zbył długo, gdyż, niezależnie od psy-

chicznego pognębienia chorej i rzadko brakujących miejscowych lub ogólnych dolegliwości, macica z postępującem wessaniem wody płodowej obciąga się coraz bardziej dokoła płodu, a jednocześnie traci znacznie na grubości ścian i sile mięśniowej, co prowadzi po wydaleniu płodu do ciężkiego bezwładu (atonia) z wiadomemi następstwami.

Również wytworzenie się płodu skamieniałego nie jest bardzo pożądane, gdyż z powodu uszkodzenia lub przedostania się bacillus coli z przyrośniętej kiszki do worka płodowego może w następstwie wystąpić zropienie lub zposoczenie takowego. Z tych wszystkich powodów wskazane jest przyśpieszenie wydalenia płodu, jeżeli najpóźniej w 6—8 tygodni po upływie normalnego kresu ciąży bóle nie wystąpią ponownie samoistnie.

Stopniowe i z zachowaniem najściślejszej aseptyki postępowanie, poczynając od rozszerzadeł Hegara i rozszerzenia blaszkowcem, przechodząc następnie do balonu gumowego z początku bez, a potem z zastosowaniem ciężarka, prowadzi zawsze do celu.

W klinice można spróbować metody Krausego, która, jakkolwiek powolnie, jednak ostatecznie prowadzi do celu. Zalecone przez Ascha celluloidowe świeczki (bougie) z umieszczoną wewnątrz sprężyną okazały się bardzo przydatnemi. Trzeba jednak z uwagi na nieczułość macicy przy missed labour być przygotowanym na to, że upłynie 6—7 dni, zanim wystąpią bóle, oprócz tego zmiana świeczek lub wprowadzenie dodatkowej sprowadza zakażenie, i dlatego też Frankel przekłada balon gumowy. Palm zalecał do podskórnego wstrzykiwania spasmotynę (istotną część składową sporyszu), jako środek wzmacniający bóle i przysparzający poród. Dziś możemy śmiało zalecać w tym celu pituitrynę.

Przy otwartych błonach płodowych należy, nawet gdy niema gorączki, a stan ogólny jest dobry, natychmiast opróżnić macicę z jej niebezpiecznej zawartości, gdyż zarazki mogą w każdej chwili przedostać się z pochwy do jamy macicznej, co pogarsza rokowanie. I w tym przypadku przy zmniejszonej pobudliwości macicy, lub też braku takowej, należy wyrzec się wszelkich powolnie lub niepewnie działających środków,

jak gorące przestrzykiwania, tamponowanie, świeczki wewnątrzmaciczne, natomiast należy rozszerzyć szyję rozszerzadłem Hegara do tego stopnia, ażeby można było wprowadzić balon gumowy, nawet z zastosowaniem ciężarka. Fränkel zaleca rozszerzadło Bossiego, o ile zawartość macicy nie jest jeszcze zropiała. O ile macica jest dostatecznie otwarta, należy przy położeniu czaszkowem zrobić wymóżdżenie płodu i wyciągnąć go; przy poprzecznem położeniu, o ile nie udaje się dokonać obrotu, należy dokonać dekapitacyi hakiem Brauna lub trachelosektorem Zweifela lub piłką drucianą Gigliego i usunąć płód. Przy gorączce i rozpadzie zawartości macicy Frankel odradza stosowanie rozszerzadła Bossiego. W tych przypadkach, po szybkiem opróżnieniu macicy, należy dokonać całkowitego wyłuszczenia macicy przez pochwę, o ile zakażenie nie przekroczyło jeszcze granic macicy. Daleko prostszą metodą jest połączenie cesarskiego cięcia pochwowego podług Dührssena z następczem wyłuszczeniem zakażonej macicy w jednym akcie operacyjnym. Ta sama metoda zaleca się również w raku macicy w połączeniu z missed labour.

Przy braku gorączki i dobrym ogólnym stanie, natomiast niepodatności szyi i jej otoczenia, udaje się utrzymać macicę przez zastosowanie zaleconej przez Bumma hysterotomia vaginalis anterior. Przy mięśniakach, o ile takowe nie dają się wyłuszczyć przez pochwę, wskazane jest cięcie brzuszne; to samo wskazane jest przy ciąży w dodatkowym rogu macicy. Pojedyńcze kości, pozostałe w macicy po zropieniu zatrzymanego płodu, należy po rozszerzeniu ostrożnie usunąć. Przewlekłe ropienia z przedostaniem się do sąsiednich trzew brzusznych powinny być leczone podług ogólnych zasad chirurgii.

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Duncan. *Samoleczenie w chirurgii.*

Pies, liżąc swe rany, wchłania z nich drobnoustroje i jady, dzięki czemu zabliźnienie następuje prędko, bez objawów zakażenia ogólnego.

Wchłanianie bezpośrednie drobnoustrojów ropotwórczych z jamy ustnej rychło wzmaga swoistą czynność uodporniającą surowicy i białych ciałek krwi; dlatego rana w ustach nie powoduje zakażenia ropnego.

Lekarze podczas operacyi ulegają niekiedy zakażeniu rąk z groźnemi następstwami. W tych wypadkach uniknąć można niebezpieczeństwa przez wyssanie rany natychmiastowe, a zabliźnienie może nastąpić doraźnie.

Duncan nie zaprzecza bynajmniej znaczenia postępowania bezgnilnego i przeciwgnilnego w leczeniu ran, proponuje jednak stosowanie sposobów, wytwarzających niweczniki o wiele wcześniej, niż inne środki. Metoda ta polega na powstrzymaniu działania ujemnego drobnoustrojów drogą szybkiego wzmożenia sił ochronnych ustroju przez niweczniki swoiste.

Drobnoustroje chorobotwórcze wystarcza np. przenieść z rany do jamy ustnej jaknajwcześniej, aby odporność komórek żernych (fagocytów) wzmogła się, zanim drobnoustroje zdążą opanować ustrój i przezwyciężyć komórki żerne, oraz zanim te ostatnie ulegną w walce z drobnoustrojami chorobotwórczymi.

Opracowując technikę postępowania, kierowano się przeważnie spostrzeżeniami, jakich obficie dostarcza sama natura (p. wyżej — przykład psa, liżącego rany). Spostrzeżenia te zastosowano do ludzi, i przekonano się, że najlepiej i najprędzej rany goją się, jeżeli zostaną wyssane ustami.

Zamiast wysysania rany ustami, co przecież nie może być stosowane zawsze i powszechnie, D. poleca leczenie szczepionkami, przygotowanemi z wydzielin z ran.

Duncan kładzie silny nacisk na jaknajwcześniejsze stosowanie szczepionki, inaczej bowiem czynniki bakteryobójcze krwi nie zdążą wzmocnić się dostatecznie i komórki żerne nie będą mogły walczyć z powodzeniem z drobnoustrojami chorobotwórczymi.

Duncan przytacza cały szereg doświadczeń klinicznych z wczesnemi wstrzyknięciami szczepionki i na tej zasadzie podaje ogólne prawidła dla chirurgów. Np. w niektórych przypadkach doradza on wysięk z rany lub tegoż rozczyn przesączyć przez filtr Berkefelda i otrzymany płyn wstrzykiwać podskórnie. Zabieg ten najczęściej przerywa zakażenie. Wstrzyknięcia podskórne są najłatwiejszym sposobem modyfikacyi samoleczenia.

Cały szereg ran, umiejscowionych w różnych częściach ciała ludzkiego, doskonale leczy się tym sposobem. Pytaniem jeszcze nierozstrzygniętem jest leczenie ran kanału pokarmowego, aczkolwiek, zdaje się, że i w ranach jelit można będzie stosować z dobrym wynikiem samoleczenie. Jedynie w ranach zamkniętych np. niektórych kłutych, gdzie wysięk nie wydobywa się nazewnątrz, leczenie to nie może mieć miejsca. Duncan jednak i na to znalazł sposób. Na dni parę (3—4) wprowadzamy do rany drut srebrny, służący do wydobycia wysięku na powierzchnię. Mając już wydobyty wysięk z drobnoustrojami i mogąc stosować leczenie powyższe, często jesteśmy w możności niedopuścić do zakażenia rany.

Rzecz naturalna, że wstrząs, znaczne wylewy krwi, zmiażdżenie tkanek — ogromnie utrudniają leczenie. W takich przypadkach najlepiej jest zastosować jednocześnie i leczenie przeciwgnilne.

Autor zaznacza wyraźnie, że nie podaje do wiadomości nic nowego i nadmienia tylko, że rany zakażone, leczone sposobem powyższym, goiły się doraźnie.

Leczenie autora daje nam szersze pole działania i niejednokrotnie naprawić może błędy aseptyki, popełnione podczas zabiegów chirurgicznych. D. proponuje również podawanie wydzieliny z ran do wewnątrz: wysięk ropny należy rozczynić wodą i podać choremu do wypicia, dodając niewielką ilość kakao, poprawiającego niemiły smak ropy.

Płyn do wstrzykiwań podskórnych nb. codziennych można otrzymać z wydzielin z ran bezpośrednio lub z wyciągu wodnego z nasiąkniętych wydzieliną materyałów opatrunkowych przy użyciu filtrów, wreszcie można opatrunek — t. j. przesiąkniętą watę, gazę i t. p. rozetrzeć w moździerzu z drobno tłuczonem

szkłem, następnie włożyć tę masę do butelki z wodą i skłócić, aby rozpuścić jady rozpuszczalne, następnie przesączyć.

Przy zranieniach z rozległymi skrzepami krwi i wybroczynami w niektórych przypadkach autor posiłkuje się też skrzepem, jako środkiem leczniczym.

W pracy swej autor wspomina, że w szpitalu New-Yorkskim, gdzie pracuje jako chirurg, leczenie ran sposobem opisanym dawało zawsze wyniki doskonałe.

(American Journal of Surgery. Październik, 1913).

K. NIELUBOWICZ.

Rehn. *Tkanka skórna i podskórna jako materyał plastyczny.*

Wprawdzie uzupełnianie plastyczne ścięgien i więzadeł udaje się nieraz bardzo dobrze przy użyciu innego ścięgna a zwłaszcza powięzi, mimo to materyał ten nie można nazwać już ostatnim wyrazem doskonałości. R. wspólnie z Miyauchi od pewnego czasu pracowali nad tem, by uzyskać ze skóry podatny materyał. Ostatnia praca Loewesa, który poleca, nawet do plastyk głębszych, pasy ze skóry oskrobanej z naskórka, zmusiła R. do publikacyi swych doświadczeń.

R. i M. do plastyki ścięgna Achillesa u psów używali pasków skóry, pozbawionej powierzchownych warstw, a więc—właściwie tkankę podskórną (gdyż chodzi tu o usunięcie gruczołów łojowych i potowych). Z pasków tych pletli sznurki pojedyńcze, wzgl. podwójne lub potrójne z jedwabiem lub bez (warkocze) i wszczepiali je w ścięgno wycięte. Wyniki osiągali znakomite. Wszczepiony warkoczyk nietylko wgajał się bardzo dobrze, ale grubiał i wkrótce stawał się podobny zupełnie do prawdziwego ścięgna, nawet z budowy drobnowidzowej. Z tego też powodu autor uważa ten materyał za jeden z najlepszych do uzupełniania ścięgien, bo nie ulega on zwyrodnieniu, przystosowuje się szybko do otoczenia i pozostaje silny i pewny.

Warkocze te nadawać się mogą bardzo dobrze prócz tego do uzupełniania więzadeł, umocowywania opadłych narządów i t. p.

(Münch. med. Woch. № 3. 1914).

A. KLĘSK.

Lunckenbein. *W sprawie leczenia guzów złośliwych.*

Swego czasu autor zachęcał do leczenia guzów złośliwych autolizatami podskórnie. Obecnie na mocy szerszego doświadczenia poleca to leczenie, lecz w drodze lepszej, bo śródżylnie.

Wyniki posiada bardzo zachęcające. Guz sieka w wyjałowionej maszynce do mięsa, a autolizaty przechowuje w zatopionych rurkach na lodzie w dawkach 5—20 cm.[3].

Starsze wyciągi stosuje się w dawkach mniejszych, niż świeże. Po wstrzyknięciu występuje wybitny odczyn, trwający 10—15 godzin, nieraz ciepłota dochodzi do 40°, występują dreszcze, biegunka i ogólne zajęcie. Stan ten jednak znika szybko i powstają co najwyżej na drugi dzień pragnienie, ból głowy wzgl. lekkie osłabienie.

Wstrzykiwania powtarza się co 4 — 5 dni.

U osób silnych można rozpocząć odrazu od większych dawek, by uniknąć objawów anafilaktycznych. Działanie autolizatów jest wybitne. Przedewszystkiem znikają bóle, guzy kurczą się i podgajają i nieraz stają się przystępnymi dla operacyi. Na razie L. stosował to leczenie w przypadkach, nie nadających się do operacyi, czuje się jednak uprawnionym do prób i w przypadkach początkowych.

(Münch. med. Woch. № 1. 1914).

A. KLĘSK.

Obermüller. *O „Coagulen Kocher-Fonio“ nowym środku do tamowania krwi i zastosowaniu tegaż w rinologii.*

Dr. Fonio z kliniki Kochera podał niedawno środek, otrzymany z krwi zwierzęcej, nazwany „coagulen Kocher-Fonio“, który ma szybko i naturalnie powodować krzepnięcie krwi, a także wpływa korzystnie na gojenie się ran.

O. wypróbował koagulen w krwotokach operacyjnych rinologicznych i działaniem tego środka jest poprostu zachwycony. Koagulen jest to substancya ziarnista, która rozpuszcza się w wodzie (z początku tworzą się kłaczki, które w miarę oziębienia i potrząsania znikają). Używa się go w rozczynie 10%. Działa on znakomicie przy krwawieniu i nie wywołuje krwotoków następowych, jak np. adrenalina.

O. stosował go przy konchotomiach (nie trzeba potem tamponować), wycinaniach podśluzowych przegrody, śródnosowych opróżnianiach kości sitowej, wycinaniach migdałków i t. p.—i zachęca chirurgów, by próbowali tego środka w swych zabiegach. Fonio przypuszcza, że koagulen znajdzie zastosowanie śródżylnie w krwotokach płucnych i innych wewnętrznych, przy krwawiączce, białaczce i skorbucie.

(Münch. med. Woch. № 51. 1913).

A. KLĘSK

Eichholz. *Działanie wody utlenionej na metale i zastosowanie tejże do odkażania narzędzi.*

Do odkażania narzędzi nie mamy właściwie dobrego antyseptyku, gdyż jedne z używanych niszczą metale, inne znów wprawdzie ich nie niszczą, ale mają smak lub zapach nieprzyjemny, co przy operowaniu w ustach, dalej przy odkażaniu metalowych przyrządów do jedzenia jest bardzo ważne.

Ponieważ woda utleniona jest silnym antyseptykiem, a nie posiada złego smaku ani zapachu, przeto pozostało do zbadania, czy nie niszczy ona metali i tem właśnie zajął się autor.

Otóż z badań swych doszedł do przekonania, że różne preparaty w handlu zachowują się tu różnie i niejednakowo względem rozmaitych metali. Dla odkażania przyrządów z żelaza, niklu i miedzi nadaje się bardzo dobrze czysty 3% roztwór hydrogenium peroxydatum (srebro ulega niszczeniu). Natomiast niszczy bardzo metale 3% hydrogenium peroxydatum medicinale.

Najlepiej używać tu można perhydrol, wzgl. chemidrol. Perhydrit niszczy tylko srebro, hyperol zaś i ortizon specyalnie atakują miedź, pergenol źle działa na żelazo a bardzo niszczy srebro i miedź, natomiast nikiel jest na działanie wszystkich wspomnianych przeparatów odporny.

Wynika z tego, że do odkażania metalowych narzędzi i przyrządów nadaje się najlepiej perhydrol, jeżeli używamy do tego czystej wody destylowanej bez domieszek i szkła, nie wydzielającego zasad.

(Medizin. Klinik. № 51, 1913).

A. KLĘSK.

Spengler i Sauerbruch. *Leczenie chirurgiczne gruźliczych wysięków opłucnowych.*

Wysięki opłucnowe w gruźlicy mogą być jałowe lub zakażone. Do pierwszych należą t. zw. wysięki samoistne, które dawniej zwykle uważano za reumatyczne. Często też zjawiają się jałowe wysięki w gruźlicy wnęki płuc, jakoteż przy leczeniu gruźlicy odmą piersiową. Nieraz wysięk taki wpływa korzystnie na przebieg gruźlicy i to nietyle drogą mechaniczną, ile raczej przez to, że tworzą się przytem różne ciała, które wpływają właśnie dodatnio na zwalczanie choroby. Z tego też powodu obecnie często wypuszczamy częściowo te wysięki, by pobudzić opłucną do nowego tworzenia płynu ew. po wypuszczeniu wypełniamy jamę azotem, by mechanicznie oddziałać na płuco.

Wśród leczenia gruźlicy odmą, zjawiają się czasem wy-

sięki surowicze, lub i surowiczoropne. Leczymy je zachowawczo ew. sposobem wyżej wspomnianym, t. j. przez wypuszczenie i zastąpienie azotem, ew. płuczemy jamę opłucnową za radą Forlaniniego 2—4 litrami $^1/_2$—1 proc. lyzoformu. Przy wysiękach ropnych, nawet komunikujących ze światem zewnętrznym, należy dokonać szerokiego otwarcia klatki piersiowej.

Bardzo groźne jest przebicie się jamy do opłucnej w przebiegu założonej odmy piersiowej. Nieraz kończy się to śmiercią. Spengler podał tu postępowanie, które może często oddać cenne usługi. Mianowicie najpierw przez nakłucie wypuszcza wysięk a w kilka dni potem robi rozległą pozaopłucnową torakoplastykę nad dolnym płatem. Poczem w 2—3 tygodnie znowu po punkcyi zwęża górną część klatki piersiowej. Stan chorego poprawia się zwykle tak, że po pewnym czasie można w razie potrzeby wykonać jeszcze plastykę Schedego.

(Münch. med. Woch. № 51. 1913).

A. KLĘSK.

Helferich. *O operacyjnem wytwarzaniu nowych stawów.*

Dawniej w razie wielu schorzeń stawów wykonywano wycięcia tychże i dążono do trwałego zespolenia powierzchni stawowych. Obecnie dążność nasza poszła jednak dalej i celem jest po wyleczeniu choroby stawowej uzyskać zawsze, o ile się da, staw ruchomy, względnie tworzyć staw ruchomy tam, gdzie zesztywniał. Do tego celu podano różne sposoby a przedewszystkiem wszczepienie części miękkich w nowo utworzoną powierzchnię stawową. Pierwszym stawem, na którym w ten sposób operowano, była żuchwa, potem kolano, celem zapobiegania przyrastania rzepki, a potem dopiero biodro.

Prócz tego uruchamia się stawy przez t. zw. arthrolysis, dalej osteotomię i przeszczepianie powierzchni stawowych (Lexer).

Najlepsze wyniki osiąga się z interpozycyi, do której używa się płatów szypułowych lub wolnych okostnej, powięzi, mięśni lub tłuszczu. Zachodzi pytanie, czy taka interpozycya da trwały wynik i czy nie będzie powodować bólów, analogicznie do uwięźnięcia np. chrząstki. Dotychczasowe wyniki jednak przemawiają za tem, że wynik trwały bywa tu zwykle dobry. Dotąd opisano w piśmiennictwie około 300 podobnych operacyi (t. j. mniej więcej od r. 1909). Operować należy wtedy, gdy się ma pewność, że nowy staw spełni lepszą czynność, niż dotychczasowy sztywny.

Nie należy operować wcześniej, aż sprawa zapalna w stawie zupełnie już zniknie, co nie zawsze da się łatwo oznaczyć.

Operować należy osoby zresztą zdrowe. Co do pojedyńczych stawów, to przy żuchwie osiąga się zwykle bardzo dobre wyniki, podobnie przy łokciu, gdzie zwykle wytwarza się staw w następstwie zesztywnień urazowych. Rzadko dotąd operowano staw barkowy, bo jego zesztywnienie mniej choremu odczuwać się daje. Jednak i tu opisane wyniki są zachęcające.

Rzadko też stosunkowo uruchomiano stawy promieniowo-łokciowy, promieniowonadgarstkowy, palcowe i stopowy. Często bardzo za to operowano staw biodrowy, zwłaszcza u osób, cierpiących na obustronne zesztywnienia.

Wyniki osiąga się tu też dobre. Jedni operują w ten sposób, że albo rzeźbią starą powierzchnię stawową, albo też wykonywają przecięcie uda w okolicy szyjki lub krętarza. Na kolanie operowano też dużo, ale tu właśnie nieraz trzeba się namyśleć, czy staw sztywny nie jest dla pacyenta korzystniejszy, niż niepewny nowy. Sprawa więc tworzenia nowych stawów weszła w ostatnich dziesiątkach lat na nowe tory. Stworzono operacye, których wynik bywa nieraz wspaniały, tak że stają się one często poprostu reklamą dla chirurga.

(Münch. med. Woch. № 50. 1913).

A. KLĘSK.

Ahrens. *W sprawie leczenia szczękościsku.*

Szczękościsk powstaje najczęściej albo na tle urazu, albo też jest wyrazem spraw zapalnych stawu żuchwy lub otoczenia, względnie blizn.

Dotychczas stosowane sposoby leczenia nawet operacyjnie nie mogą zawsze zadawalniać: albo wynik po nich jest niezupełny, albo przemijający. Przekonał się o tem A. w przypadku operowanym dwukrotnie, nawet z pomocą wycięcia główki stawu i interpozycyi.

Z tego też powodu przy trzeciej operacyi postąpił w ten sposób, że przeciął piłeczką Gigliego skośnie występujące ramię żuchwy i w miejsce to interponował prostokątny płat (3—6 cm.), wzięty z powięzi szerokiej uda, a od drugiego dnia rozpoczął zaraz ruchy, które były zupełnie niebolesne. Sposób ten okazał się w skutkach bardzo dobry, poleca go też autor we wszelkich szczękościskach nawet wrodzonych.

(Medizin. Klinik. № 3. 1914).

A. KLĘSK.

Vulpius. *Trwały wynik po operacyi nawykowego i przewlekłego zwichnięcia rzepki.*

W nawykowem zwichnięciu rzepki zaleca bardzo V. na mocy swego doświadczenia zabieg, podany przez Hübschera. Cięcia podłużne od rzepki wzdłuż więza rzepkowego właściwego aż do przyczepu tegoż. Rozdzielenie podłużne tegoż więzadła, odcięcie połowy zewnętrznej od przyczepu na goleni, podsunięcie pod połowę wewnętrzną i umocowanie o ile się da najdalej na wewnętrznej powierzchni goleni, pod odsuniętą w tym celu okostną.

Względnie w ciężkich przypadkach stosuje Vulpius jeszcze dodatkowe operacye, jak sfałdowanie wewnętrznej części torebki stawowej, umocowanie m. krawieckiego, lub innego mięśnia po wewnętrznej stronie, ewentualnie przecięcie kości udowej.

(Medizin. Klinik. № 6. 1914).

A. KLĘSK.

II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

Wertheim. *Rak macicy — „szyi i trzonu". Technika operacyi i wyniki.*

Już od lat 15-tu autor stosuje swą metodę doszczętnego usuwania raka macicy przy pomocy laparotomii i co do techniki i wskazań pozostaje przy zapatrywaniach, podanych obszernie przed 3-ma laty z powodu 500 przypadków, ogłoszonych i spostrzeganych po operacyi. Dziś co do techniki może dodać tylko to, że moment odcięcia pochwy usuwa jak najdalej i otwiera ją dopiero po zupełnem oddzieleniu narządów płciowych wraz z tkanką okołopochwową. Autor przyznaje, że technicznie cięcie metodą, proponowaną przez Bumma, znacznie ułatwia usuwanie tkanki przymacicznej, jest jednak bardziej niebezpieczne co do możliwości zakażenia z ognisk rakowych. Świadomie zatem przekłada swą metodę, choć trudniejszą, w której cały zabieg można wykonać aseptycznie.

Po odcięciu tkanki przymacicznej, oddzieleniu narządów płciowych, odłuszcza pochwę idąc z góry ku dołowi i po zamknięciu klamrami odcina ją tak, że nie może być zetknięcia między tkanką zakażoną i otrzewną. Jeżeli uprzednio chorą

przygotowują do operacyi, stosując skrobanie, to dlatego tylko, że możliwe jest pęknięcie jakiegoś ogniska rakowego podczas samego usuwania macicy i przedostania się zawartości do jamy otrzewnej. Przygotowanie chorej polega na tem, że przed laparotomią wyskrobują możliwie doszczętnie ogniska rakowe łyżeczką, przypalają żegadłem Paquelina i tamponują gazą sublimatową całą pochwę i kraterowate wgłębienie rakowej macicy. Tak przygotowaną chorą przenoszą na stół operacyjny i usuwają tampon dołem w chwili, gdy na pochwę nakłada się klampy, żeby ją odciąć. Zauważywszy w jednym przypadku zatrucie sublimatowe, autor począł stosować zamiast gazy sublimatowej gazę lapisową (5%). Uważając tak wykonaną operacyę za aseptyczną, Wertheim zawsze zamykał doszczętnie otrzewną, stosując sączkowanie podotrzewnowe tkanki miednicowej w celu usunięcia ropy pooperacyjnej.

Co do moczowodów, to autor nie wykonywał ich wycięcia, chyba że przekonał się o zajęciu ich przez raka. Doświadczenie wykazało, że moczowody są bardzo odporne na sprawę rakową i w wielu przypadkach, gdzie z trudnością tylko udało się je wyosobnić, nie było ani zgorzeli, ani nawrotu. Przetoki, które jednak powstają po zabiegu operacyjnym, mają bezsprzecznie tendencyę do zagajania się samoistnego.

W przypadkach zranienia moczowodu rozmyślnego lub przypadkowego autor wykonywał wszczepienie do pęcherza; gdy tego wykonać nie było można, usuwał odpowiednią nerkę, albo bezpośrednio po skończeniu operacyi usunięcia macicy, albo później, i w tych przypadkach wszywał odcinek moczowodu albo do pochwy, albo do ściany brzusznej.

Wyniki operacyjne należy uważać za dobre, gdyż z 450 przypadków operowanych doszczętnie 186 nie dało nawrotu po 5 latach t. j. 42,5%, a jeżeli odliczyć 89 przypadków śmierci, związanych bezpośrednio z operacyą i 12 pośrednio—to odsetek wyzdrowienia jeszcze będzie większy i sięga do 53,3%. Dodać trzeba, że w tych przypadkach, które w ciągu 5 lat po operacyi nie dały nawrotu, w 14 podczas operowania znaleziono gruczoły chłonne już rakiem dotknięte.

W raku trzonu, który wogóle jest o wiele rzadszy, ponieważ na 100 przypadków raka szyi przypadało 5 raka trzonu, Wertheim długo nie mógł zdecydować się na stosowanie operacyi doszczętnej. Zdawało się bowiem, że i bez tej uciążliwej operacyi usuwanie macicy przez pochwę w raku trzonu jest wystarczające. Porównanie jednak danych statystycznych przemawia na korzyść zabiegu doszczętnego i nakazuje stosować laparotomię, gdyż wtedy tylko można widzieć i odpowiednio dawkować doszczętność zabiegu albo usuwając przymacicza,

albo ograniczając się tylko do usunięcia macicy, a w odpowiednich przypadkach wyłuszczając też i gruczoły chłonne.

(Odczyt na Zjeździe międzynarodowym lekarskim w Londynie. Sierpień, 1913).

IGNACY MUCHA.

J. Veit. *Zasady naszego leczenia raka macicy.*

Na zasadzie bogatego doświadczenia ze swej kliniki, porównywając wyniki leczenia raka drogą operacyjną i drogą naświetlania istotami promieniotwórczemi (promienie Roentgena, radium, mesotorium), autor dochodzi do następujących wniosków: pewność i szybkość wyleczenia raka macicy przez naświetlanie zależy: 1) od ilości istoty promieniotwórczej, 2) od tego, jak wcześnie przypadek dostanie się do leczenia. Wyniki ujemne dają się wytłómaczyć głównie tem, że naświetleniu podlegają nienadające się do leczenia przypadki. Za takie należy przedewszystkiem uważać przypadki raka, w których cały ustrój uległ cierpieniu, i charłactwo ogólne wikła obraz chorobowy. Możliwem wydaje się usunąć sprawę w pierwszych etapach rozwoju z zaatakowanych gruczołów chłonnych przez naświetlanie ogniska pierwotnego. Naświetlanie gruczołów bez naświetlania pierwotnych ognisk jest, zdaje się, niekorzystne. Operacye raka macicy należy bezwarunkowo ograniczyć do przypadków względnie pomyślnych we wszystkich kierunkach. Ale i te przypadki można wyleczyć, również szybko jak przez operacyę, użyciem dostatecznej ilości materyału promieniotwórczego.

Autor podaje wywody powyższe na podstawie własnego doświadczenia, jako chwilowy wynik badań, zastrzegając sobie ostateczne wypowiedzenie zdania po upływie 5 lat od chwili wprowadzenia metody leczenia raka naświetlaniami. Veit dodaje, że w Niemczech nikt jeszcze nie posiada przypadków pewnych, które dopiero po upływie 5 lat można uznać za zupełnie wyleczone, zwraca jednak uwagę na Francyę, gdzie zdaje się już można mówić o zupełnem wyleczeniu raka macicy przez istoty promieniotwórcze.

(Prakt. Ergebn. der Geburtsh. u. Gynak. T. VI, zesz. I 1914).

H. GROMADZKI.

J. Duvergey. *Zapalenie żył w rozwoju włókniaków macicy.*

Powikłania w rozwoju włókniaków macicy, wywołane przez zapalenie żył, są dość częste, a jednak do tego czasu zamało na nie zwracano uwagi. Dopiero przypadki nagłej śmierci w przebiegu rozwoju włókniaków, wywołane przez zator żył płucnych,

z jednej strony, z drugiej — opublikowane przez autora zestawienia 270 przypadków włókniaków, powikłanych w 5 przypadkach przez zapalenie żył—zwróciły na siebie uwagę chirurgów. Rozumie się, że autor rozpatruje tylko te przypadki zapalenia żył, które wystąpiły przed operacyą włókniaków, i zaznacza, że chociaż według statystyki własnej stanowi to 1,6%, jednak w rzeczywistości odsetek musi być znaczniejszy, gdyż często zapalenie żył i nieznaczne zakrzepy mogą przeminąć bez zwrócenia na siebie uwagi.

Przyczyną zapalenia żył może być: 1) ucisk, 2) zakażenie.

Ucisk najczęściej wywołuje zmiany w żyle podlędźwiowej zewnętrznej, sprowadza zakrzep, który przechodzi na żyłę udową głęboką i powierzchowną, czasem na obie, a nawed na piszczelową.

Takie są przypadki, opisane przez Duguet, Levrat, a także 4 przypadki, spostrzegane przez autora, z których jeden skończył się nagle śmiercią jeszcze przed operacyą z powodu zatoru płucnego. Lecz bardzo wiele przypadków zapalenia żył i zakrzepów przechodzi zupełnie skrycie z powodu minimum objawów, a wiele przypadków nagłej śmierci po wycięciu włókniaków lub po wycięciu macicy należy przypisać zatorom z zakrzepów, niezauważonych przed operacyą.

Rzadziej spostrzegamy zapalenie żył, spowodowane zakażeniem. W tych przypadkach nieznaczne włókniaki, polipy nawet, nie mogą powodować ucisku, a jednak zapalenia żył odległe (w 1 ym przypadku żyły ramieniowej, w 2-im — piszczelowej) nastąpiły z powodu zakażenia, które powstało ze śluzówki macicznej. Przypadki te przebiegają ostro, z podwyższoną ciepłotą i znaczną bolesnością, w przeciwieństwie do zapaleń, spowodowanych uciskiem, które mogą przebiegać nawet skrycie.

Wskazania do postępowania chirurgicznego są—według autora — różne w zależności od przyczyn, wywołujących zapalenie żył.

W przypadkach zapalenia żył pochodzenia zakaźnego, towarzyszących włókniakom macicy, należy jaknajprędzej usunąć źródło zakażenia i niezwłocznie usuwać macicę.

W przypadkach zaś zapalenia żył, wywołanego przez ucisk, należy przeczekać dość długo z zabiegiem chirurgicznym, ażeby uraz podczas wycinania guza lub całej macicy nie spowodował i nie przyśpieszył zatoru płucnego z istniejącego zakrzepu.

(Revue de Chirurgie. № 1. 1913).

IGNACY MUCHA.

F. Steinmann. *Samoistne oddzielenie się torbieli jajnikowej.*

Piśmiennictwo posiadało dotychczas 35 opisów samoistnego oddzielenia się torbieli jajnikowych; autor wzbogaca je opisem przypadku przez niego spostrzeganego. Znalazł on torbiel skórzastą w jamie Douglasa, nie mającą żadnego połączenia za pomocą szypuły ani z macicą, ani z przymaciczem.

Na podstawie badania drobnowidzowego autor potwierdza przypuszczenie Olshausena, że torbiele skórzaste specyalnie skłonne są do samoistnego oddzielania się, gdyż niewiele potrzebują odżywiania. Cienkie, mało unaczynione zorganizowane zrosty otrzewnej wystarczają do odżywiania tych torbieli.

Autor stara się wytłómaczyć mechanizm oddzielania się torbieli. Wyłącza z góry wszelkie możliwości zrostów lub wyników pociągania za torbiel, gdyż nie było żadnych objawów w czasie oddzielania się torbieli.

Jedyną możliwością jest skręcenie szypuły około własnej osi podłużnej. Histologicznie wskazuje na to brak barwnika krwi w masie szarej, znajdującej się w torbieli. Prócz tego znaleziono w torbieli cały pęk włosów, oraz jeden niedorozwinięty ząb.

(Zeitschr. f. Geburtsch. u. Gynäk. T. LXXV. Z. 2. 1913).

H. GROMADZKI.

H. Guggisberg. *O wpływie wydzielin wewnętrznych na czynność macicy.*

Autor podaje wyniki swoich doświadczeń na wyjętych i przy życiu utrzymywanych macicach, które podjął w celu ustalenia teoryi czynników, sprzyjających rozpoczęciu się porodu. Ze względu na to, że złożone zjawiska biologiczne nie mogą być wywoływane grubo mechanicznemi przyczynami, G. odrzuca wszelkie teorye mechaniczne. Muszą istnieć tutaj zmiany głębsze czynności biologicznej ustroju, które działają pobudzająco, lub hamująco na mięśnie macicy — a zatem wydzielanie wewnętrzne.

Autor tłómaczy to w ten sposób, że podczas ciąży w ustroju matki krążą hormony, pobudzające i hamujące czynności macicy; gdy pod koniec ciąży pierwsze znajdą się w większej ilości — poród rozpoczyna się.

Wiadomą jest rzeczą, że wszystkie gruczoły o wydzielinie wewnętrznej ulegają w ciąży zmianom anatomicznym, a zatem prawdopodobnie i fizyologicznym, nie wszystkie jednak zostały zbadane, jak również nieznana jest ich czynność w stosunku do macicy. Dotychczas zbadano nadnercze — z jego adrenaliną,

oraz nerwową część przysadki mózgowej — z pituitryną. Obie te wydzieliny mają wpływ pobudzający na macicę ludzką.

Autor zbadał wyciągi z łożyska, gruczołu tarczowego i ciała żółtego. Doświadczenia swe autor przeprowadzał na macicach królików, które zaraz po zabiciu zwierzęcia umieszczano w płynie Ringera, w którym łączone były z przyrządem, zapisującym każde drgnięcie macicy. G. otrzymał przytem bardzo zajmujące wyniki, świadczące nietylko o działaniu fizyologicznem wyciągów, lecz również o ich jadowitości.

Wyciąg z łożyska działa wyraźnie pobudzająco; autorowi udało się niejednokrotnie otrzymać skurcz tetaniczny bez względu na to, czy macica była ciężarna, czy też nie. Okazało się też, że jadowitość wyciągu z łożyska znajduje się pomiędzy 1,0 — 4,0 extr. placentae na 200 cm.^{3} płynu Ringera, w którym znajduje się macica.

Trudniejsza jest sprawa z ciałem żółtem. Wydzielina jego jest b. różnorodna, co prawdopodobnie polega na tem, że na różnych stopniach rozwoju ciało żółte inaczej wygląda — zapewne też inaczej pracuje. Na ogół jednak wydzielina jego wykazuje działanie hamujące, głównie na macicę we wczesnym okresie ciąży. Byłoby to zgodne z mniemaniem, że ciało żółte współdziała przy osadzaniu się jaja w macicy, oraz rozwojowi tego w pierwszych dniach i tygodniach.

Pomijając inne czynności wydzieliny gruczołu tarczowego, autor podaje, że ma ona wyraźnie dodatni wpływ na skurcze macicy; tarczyca więc zaliczona być winna do gruczołów pobudzających.

Wydzielina grasicy nie wykazała żadnego działania na macicę — co było do przewidzenia — autor jednak podjął odnośne doświadczenia w celu przekonania się, że cholina, znajdująca się we wszystkich wydzielinach wewnętrznych, nie ma żadnego wpływu na specyficzne działanie dużego gruczołu.

Zajmujące było pytanie, czy te hormony skupiają się w większych ilościach w macicy, głównie ciężarnej. Ze względu na trudności otrzymania materyału, autor tylko raz jeden miał sposobność otrzymania wyciągu z macicy ciężarnej. Doświadczenie wypadło dodatnio. Autor nie chce jednak powoływać się na ten jeden przypadek, tembardziej, że większa liczba podobnych doświadczeń o rezultacie dodatnim może służyć za ugruntowanie teoryi działania hormonów na macicę.

Ogólny wniosek otrzymany drogą doświadczeń jest taki, że obok nerwowej części przysadki mózgowej, inne gruczoły również działają pobudzająco na czynność ruchową macicy — głównie tarczyca i łożysko. Rzuca to nowe światło na czynność łożyska, które obok wpływu na przemianę materyi posia-

da jeszcze wydzielanie wewnętrzne. Działanie ciała żółtego nie jest stałe, a przynajmniej nieustalone.

W surowicy krwi nie zbierają się w większej ilości przed nastąpieniem porodu ani podczas porodu te substancye, które poród wywołują, natomiast z macicy rodzącej można otrzymać takie ciała, które wpływają pobudzająco na mięśnie maciczne.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. T. LXXV. Z. 2. 1913).

H. GROMADZKI.

M. Lévy. *Patogeneza uszkodzeń urazowych oczodołu noworodka w przebiegu wyciągania kleszczami.*

Autor na zasadzie badań doświadczalnych i na zasadzie spostrzeżeń klinicznych dochodzi do następujących wniosków. Uszkodzenia traumatyczne oczodołu mogą wywołać wytrzeszcz bez naruszenia całości kości oczodołu i — odwrotnie — złamanie kości bez wywołania wytrzeszczu.

Wytrzeszcz bez złamania kości powstaje wskutek ściśnięcia szpary klinowej przez kleszcze, nałożone w wymiarze skośnym. Ściśnięcie tej szpary wywołuje uciśnięcie naczyń, które przez nią przechodzą, a więc zaburzenia w krwiobiegu, powiększenie ciśnienia, utrudnienie odpływu krwi żylnej i możność powstania krwawienia i krwisteku pozagałkowego. W zależności od natężenia urazu i jego trwania mogą występować rozmaite stopnie uszkodzenia w oku—od wybroczyn krwawych aż do zupełnego wydalenia oka nazewnątrz z powodu dużego krwisteku pozagałkowego. Dalszy przebieg zależy od tego, czy krwawienie ustanie i czy szybko wynaczyniona krew ulegnie wessaniu.

Drugą kategoryę uszkodzeń oczodołu stanowią złamania kości, zwykle powstające w sklepieniu oczodołu. Uszkodzenia te nie wywołują wytrzeszczu, gdyż w nich szpara klinowa nie ulega ściśnięciu i wskutek tego niema zmian w krwiobiegu. Badania doświadczalne, potwierdzone następnie faktami klinicznymi, pozwalają stwierdzić, że złamania te powstają po uchwycie główki w wymiarze poprzecznym lub nieregularnym przy zastosowaniu dość brutalnej siły. Kości klinowe oczodołu nie ulegają urazowi, gdyż są mocniejsze, w kościach zaś sklepienia oczodołu następują rozmaite zmiany aż do złamania zupełnego.

Pamiętać należy, zdaniem autora, że powyżej przytoczone urazy powstają zwykle podczas nakładania kleszczy wysokich w miednicy wązkiej.

(Annales de Gynécologie et d'Obstetrique. Octobre. 1913).

IGNACY MUCHA.

G. Lingenmeier. *Młode jaje ludzkie in situ.*

Preparat, opisywany w tej pracy, był już przedstawiony na zjeździe ginekologicznym w Monachium w r. 1911 i został oddany autorowi dla dokładniejszego opracowania.

Otrzymano go przy wycięciu macicy przez pochwę, którą usunięto z powodu ciągłych krwotoków—w celu sterylizacyi.

Z wywiadów i z przebiegu cierpienia niestety nie można dokładnie określić, ile dni, lub tygodni ma znalezione jaje, nie ulega jednak wątpliwości, że nie jest starsze nad 4 tygodnie.

Pochodzi ono od kobiety 27 letniej, która 6 razy rodziła i ani razu nie roniła. Ostatni poród odbył się 12 miesięcy temu. Od tego czasu krwawiła i czuła się coraz bardziej słabszą. 6 tygodni przed usunięciem macicy, które nastąpiło 7 czerwca 1910 r., dokonano wyskrobania, poczem dawne dolegliwości powróciły. Wobec tego zdecydowano się na zabieg doszczętny.

Macicę zaraz po operacyi rozcięto cięciem podłużnem i ponieważ zauważono na śluzówce w jednem miejscu wzniesienie, które wzbudziło podejrzenie na młodą ciążę, umieszczono preparat w 10°/₀ formalinie. Po dostatecznem utrwaleniu wycięto sześcian, w którym znajdowało się całe wzniesienie śluzówki i pocięto go na skrawki, prowadząc cięcia pionowo do błony śluzowej.

Autor zaczyna od opisu błony śluzowej i ogranicza się do najbliższego sąsiedztwa jaja. Makroskopowo błona śluzowa miała wygląd przedmenstruacyjnej fazy okresu menstruacyjnego. Była gładka z wyjątkiem jednego małego miejsca, które wypuklało się, a które okazało się następnie siedliskiem jaja na śluzówce. Miejsce to znajdowało się na tylnej ścianie macicy u góry na lewo. Grubość śluzówki w obrębie usadowienia się jaja wynosi 7 mm, w innych miejscach 5—6 mm.

Nabłonek zachowany jest wszędzie z wyjątkiem miejsca wyżej wymienionego. Śluzówka nie okazuje zmian typowych w kierunku błony doczesnej, której komórki występują tylko w najbliższem sąsiedztwie naczyń krwionośnych. Komórki wszystkie bez wyjątku są powiększone, nawet jakby w stanie obrzęku.

Komórki gruczołów wydzielają, jak okazało się, nie śluz— lecz glikogen, co stwierdzono metodą barwnikową podług Besta.

Naczynia są wszędzie znacznie powiększone, nie wyłączając włoskowatych. Wogóle śluzówka jest zupełnie podobna do fazy przedmenstruacyjnej śluzówki w sensie Hirschmanna i Adlersa. Obecność glikogenu odpowiada również wynikom badań Wegelinsa (Zentrbl. allg. Pathol. 1911. T. 22, № 1)

i Aschheimsa (Zeitsch. f. Gen. u. Gyn. T. 68, s. 503), którzy, badając błonę śluzową macicy podczas 4-ro tygodniowego okresu menstruacyjnego, tylko w okresie przedmenstruacyjnym znaleźli glikogen. Z tego wynika, że jajko musi być jeszcze b. młode.

Na seryi skrawków doskonale widzieć można, jak jajko w postaci klinu wciskało się do błony śluzowej. Leży ono b. powierzchownie, tak że zaliczone być może do rzędu powierzchownie implantowanych. Górny biegun jajka znajduje się trochę ponad poziomem nabłonka. W miejscu, pozbawionem tegoż, tkwi t. zw. skrzep graniczny (Schlusskoagulum), ma on kształt dwuwypukłej soczewki. Górny brzeg — wystaje ponad nabłonek, dolny dotyka bezpośrednio pokładu trofoblastów. Składa się on przeważnie z włóknika, który zaczyna się organizować. Podstawa miejscami przeplatana jest komórkami trofoblastu.

Jaje ma kształt kuli spłaszczonej, której biegun przypłaszczony sięga poziomu śluzówki. Naokoło jaja widzimy jakby skorupkę z trofoblastu, która u podstawy i po bokach najbardziej jest wyrażona.

Światło jajka, mierzone od miejsc, w których tkanka kosmkowa dotyka trofoblastu, wynosi 0,615 : 0,525 mm. Zewnętrzne wymiary wraz z otoczkami wynoszą 1,05 : 0,9 mm.

Ściany pęcherzyka zarodowego składają się z wązkiego pokładu tkanki o budowie włókienkowej, w której widzimy rozsiane komórki wrzecionowate. U podstawy pokład mesoblastu jest grubszy i bogatszy w komórki; jest też miejsce, w którem za pomocą szerokiej podstawy zarodek łączy się z mesoblastem.

Z otoczki mesoblastowej odchodzą krótkie czopki, które rozgałęziają się w trofoblaście. Na jednym skrawku nie widać więcej takich kosmków, nad 7—8. U podstawy są one większe, w niektórych widać początki podziału dwudzielnego. Wśród tych komórek, jak i w całym mesoblaście, widzimy zapoczątkowanie układu naczyniowego. Granica wewnętrzna mesoblastu jest mniej wyraźna, niż zewnętrzna, a całe wnętrze jajka (exocoelom) — nie jest wypełnione komórkami, widzimy tam tylko pojedyńcze komórki z dużemi wypustkami; pozostałą przestrzeń wypełnia drobnoziarnista masa, która przez sprawę utrwalania uległa skrzepnięciu i zawiera nitki włóknikowe.

H. GROMADZKI.

E. Hoffmann. *Jednoczasowe sztuczne poronienie i sterylizacya jajowodów.*

Autor krytykuje dotychczasowe metody operowania na trzech posiedzeniach: 1) rozszerzenie, 2) wyłyżeczkowanie, 3) sterylizacyę, jak również metody jednoczasowe Dützmanna

(pochwową) i Sellheima (brzuszną) i podaje metodę, ustaloną przez prof. Guggisberga w Bernie, wypróbowaną na 20 przypadkach. Przebieg operacyi winien być następujący: otwarcie jamy brzusznej w smudze białej. Macicę ciężarną podciąga się możliwie ku górze i otwiera się po linii środkowej tak daleko, żeby jaje przez lekki ucisk wyszło na zewnątrz. Następnie wyskrobuje się jamę maciczną łyżeczką i trzeba starać się możliwie usunąć błonę doczesną, która w pierwszych czterech miesiącach ciąży dosięga potężnych rozmiarów. Po tym zabiegu zamyka się macicę szwem trzypiętrowym. Jajowody oddziela się od krezki jajowodowej, podwiązuje 1—2 cm. od rogu, a kikuty wszywa się starannie do otrzewnej szwem ciągłym.

Zamknięcie jamy brzusznej szwem piętrowym.

Na początku operacyi autor wstrzykuje pacyentce 1 $cm.^3$ sekakorniny i pituitrynv. Metoda ta jest lepsza od metody Sellheima dla tego, że S. nie skrobie otwartej macicy, lecz, pozostawiwszy całą doczesną, sączkuje przez szyję do pochwy.

Metoda G. jest o tyle lepsza, że usuwa ciążę, sprowadza sterylizacyę, i zapobiega wtórnym zapaleniom błony śluzowej macicy.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. B. LXXV, H. 2. 1913).

H. GROMADZKI.

E. Vogt. *O znaczeniu tylnobocznego skrzywienia kręgosłupa podczas ciąży, porodu i w połogu.*

Autor, powołując się na rentgenogramy Heynemanna, które wykazały wysokie ustawienie się przepony w ciąży, dochodzi do wniosku, że tylnoboczne skrzywienie kręgosłupa grozi niebezpieczeństwem w ciąży nietylko dzięki zwiększonemu oporowi w krwi obiegu płucnym, spowodowanym znacznem zmniejszeniem się pojemności klatki piersiowej. Zmiana pozycyi serca, jego ustawienie skośne i kąt, powstający przy tem ustawieniu pomiędzy sercem i wielkiemi naczyniami, przyczyniają się w znacznej mierze do tego, że przy zwiększonej pracy mięśniowej serce ulega dekompensacyi, wskutek której może nastąpić nagły zgon.

Autor rozbiera dokładnie wypadki dekompensacyi serca podczas ciąży, porodu i w połogu z kliniki położniczej w Dreźnie i dochodzi na podstawie protokułów sekcyjnych i historyi chorób do wniosków następujących:

1. Przy znacznie rozwiniętem skrzywieniu kręgosłupa tylnobocznem dojrzewanie płciowe kobiety bardzo opóźnia się. Skutkiem tego pierwszy peryod zjawia się później niż normal-

nie, i pomiędzy pierwiastkami, dotkniętemi tem skrzywieniem, spotyka się wiele 30-to letnich, a nawet starszych.

2. Bardzo często dają się u takich kobiet spostrzegać sporadyczne poronienia i porody przedwczesne.

3. Objawy niedomogi serca, nie mające miejsca, gdy kobieta nie jest w ciąży, zjawiają się głównie w drugiej jej połowie, lub podczas porodu. W rzadkich przypadkach może nastąpić śmierć, spowodowana porażeniem serca podczas porodu, lub w kilka godzin po porodzie. Dziwnym jednak zbiegiem okoliczności niektóre kobiety nie umierają z powodu niedomogi serca podczas porodu lub zaraz po nim, lecz dopiero w połogu dzięki występującym powikłaniom ze strony płuc (Bronchopneumonia; pneumonia).

4. We wszystkich ciężkich dekompensacyach w ciąży, które nie dadzą się szybko opanować środkami farmaceutycznymi, zaleca autor szybkie przerwanie ciąży. Jeżeli ciąża jest daleko posunięta, autor doradza pochwowe lub brzuszne cięcie cesarskie. W każdym razie nie wolno długo zwlekać z zabiegiem operacyjnym.

5. Widoki dla dziecka nie są złe. Utrata krwi w okresie łożyskowym jest często zwiększona.

6. W celu zapobieżenia nowej ciąży autor zaleca sterylizacyę operacyjną.

(Archiv für Gynakologie. Tom 102, Zesz. 1. 1914).

H. GROMADZKI.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 13 listopada 1913 r.

1. *Lubelski.* Przedstawienie chorego po całkowitem wycięciu górnej szczęki z zachowaniem całości podniebienia miękkiego.
2. *Lubelski.* Przedstawienie chorego po przyszyciu odbytnicy z powodu jej wypadnięcia sposobem Gerarda-Marchanda.
3. *Drozdowicz i Męczkowski.* Przypadek rozszczepienia czucia z niezwykłemi zaburzeniami odżywczemi.
4. *Wertheim.* Przedstawienie chorej po wycięciu nerki z powodu gruźlicy tejże.
5. *Zembrzuski L.* Przedstawienie chorej z olbrzymim chłoniakiem rozlanym języka.
6. *Kijewski Fr.* Przedstawienie chorego z kostniakochrzęstniakiem uda.
7. *Sawicki Br.* Pokaz rentgenogramu obustronnego żebra szyjnego wraz z bocznem skrzywieniem kręgosłupa.
8. *Leśniowski.* Pokaz tętniaka tętnicy łokciowej.
9. *Zembrzuski L.* Z dziedziny chirurgii tylnej jamy czaszkowej.

1. *Lubelski.* Chory N. W. lat 12, przed rokiem zauważył wygórowanie na policzku z lewej strony, a później zjawienie się guza z tejże strony na podniebieniu twardem. Kiedy chory przybył do szpitala (16 lipca 1913 r.), guz zajmował zewnętrzną ścianę lewej górnej szczęki, lewy wyrostek podniebienny, przechodząc cokolwiek przez linię środkową na wyrostek podniebienny prawy; z tyłu guz dochodził do miękkiego podniebienia.

Wobec tego, że o częściowem wycięciu szczęki mowy być nie mogło, L. postanowił wyciąć całą lewą górną szczękę. Przed operacyą w dwóch odstępach czasu wstrzyknięto choremu po 0,01 morfiny (w $2^1/_2$ godziny przed operacyą), poczem operacyę wykonał w uśpieniu chloroformowem.

Cięcie skóry przeprowadził Lubelski sposobem Nélatona; dodał do tego jeszcze cięcie od wewnętrznego kąta oka na zewnątrz przez łącznicę

i odseparował w ten sposób dolną powiekę od brzegu oczodołu (cięcie Dieffenbacha). Po przebiciu dłutem spojeń kostnych, przeciął choremu w pozycyi siedzącej błonę śluzową na twardem podniebieniu, z przodu ku tyłowi, nieco na zewnątrz od guza, do miejsca, gdzie rozpoczyna się podniebienie miękkie. W tem miejscu dodał cięcie poprzeczne przez podniebienie miękkie, na całą szerokość wyrostka podniebiennego. Po przebiciu dłutem z przodu ku tyłowi twardego podniebienia pociągnął górną szczękę ku dołowi, odłamał jej połączenie z wyrostkiem skrzydlastym i, skręciwszy szybko parę razy dookoła osi, oderwał ją z tyłu od części miękkich. Na krwawiącą tętnicę szczękową wewnętrzną nałożył podwiązkę. W 24 godziny po operacyi chory już sam przyjmował, nie krztusząc się, pokarmy płynne. Guz po zbadaniu drobnowidzowem okazał się adamantinoma. Po dwóch miesiącach chory otrzymał protezę z zębami *), i teraz chory przy przyjmowaniu pokarmów nie krztusi się; pokarmy płynne nie wracają mu przez nos, a w mowie jego nie słychać nieprzyjemnych dźwięków nosowego brzmienia.

Chory demonstrowany zasługuje na uwagę z tego względu, że przy operacyi udało się zachować na stronie operowanej całe miękkie podniebienie i boczne łuki. W przypadkach, gdzie guz przechodzi na twarde podniebienie, nie oszczędzając miejsca przyczepu miękkiego podniebienia, gdzie przy operacyi nie można oszczędzić ani płata okostnowośluzówkowego twardego podniebienia, ani miękkiego podniebienia, po operacyi usunięcia szczęki zostaje kalectwo, którego nie może naprawić nawet najdoskonalsza proteza. Tymczasem w przypadkach, gdzie udało się zachować podniebienie miękkie (jak u przedstawionego chorego), już zwykła proteza z obturatorem zupełnie wystarcza, by chory mówił czysto bez nieprzyjemnych dźwięków nosowych, by przy jedzeniu płynne pokarmy nie wracały przez nos.

2. *Lubelski.* Chory B. D., lat 56, od dwóch lat cierpiał na wypadnięcie odbytnicy. Odbytnica wypadła na 12 cm.

W znieczuleniu lędźwiowem (neocaini 0,1; adrenalini gtt duas [1:1000]; natri chlor. 0,0015; aquae destill. 2,0) dokonał operacyi przyszycia odbytnicy sposobem Gerarda-Marschanda z odmianą, podaną przez chirurgów francuskich (M. Guibé).

Tuż z tyłu za odbytem L. przeprowadził cięcie podłużne po linii środkowej do kości krzyżowej. Aby utworzyć sobie większy dostęp do tylnej ściany odbytnicy, wyciął kość ogonową, później, w tym samym kierunku, przeciął wszystkie tkanki aż do ściany odbytnicy, którą możliwie szeroko obnażył wzdłuż i wszerz. Z obu stron linii środkowej nałożył symetrycznie na ścianę odbytnicy parę podwiązek z jedwabiu w taki sposób, aby utworzyć fałdy poprzeczne. Przy każdej fałdzie zostawił z podwiązki tylko jedną nitkę. Kiedy związał po dwie nitki symetrycznie z obu stron linii środkowej, utworzyła się fałda podłużna. Wobec tego, że ściana odbytnicy była jeszcze dość luźna, nałożył w wyżej opisany sposób dru-

*) protezę łaskawie wykonał lekarz-dentysta Krakowski.

gie piętro fałd poprzecznych i jedną fałdę podłużną. Później z każdej strony przyszył ścianę odbytnicy paru szwami do więzu krzyżowoguzowego (lig. sacro-tuberosum) części miękkie nad odbytnicą, wyłączając skórę, zeszył struną, a skórę oddzielnie zeszył szwem jedwabnym. Po 10 dniach szwy zdjął; rana zagoiła się przez rychłozrost. Na 12 dzień, po stolcu, rana w jednem miejscu rozeszła się na $1^1/_2$ cm., ale po trzech tygodniach zagoiła się per secundam. Teraz po operacyi jest dopiero sześć tygodni, więc nic stanowczego odnośnie nawrotu powiedzieć nie można. Gérard-Marchand operował trzy przypadki z pomyślnym wynikiem, a sama operacya należy do rzędu tych, co i colopexia, przedstawiając jednak mniej niebezpieczeństwa dla chorego.

3. *Męczkowski* — przypadek rozszczepienia czucia z niezwykłemi zaburzeniami odżywczemi. 46-letnia K., żona gospodarza z pod Puław, dawniej zupełnie zdrowa, od czerwca r. b. zaczęła odczuwać w lewej kończynie górnej jakieś osłabienie, utrudnienie ruchu. Pracowała jeszcze w polu do września. W połowie października przy jakimś ruchu poczuła w lewem ramieniu lekki ból i chrzęst. Przy badaniu znaleziono: budowa prawidłowa, kręgosłup bez zmian, lewa kończyna górna znacznie grubsza od prawej (na 6—8 cm. — pseudo-hypertrophia); ruchy w lewym stawie ramieniowym niezwykle ograniczone; ruchy w innych stawach tejże kończyny zachowane; główka lewej kości ramieniowej nie wyczuwa się; gruczoły szyjne z lewej strony, a zwłaszcza pod lewą pachą, znacznie powiększone, liczne, drobne, nie bolesne. Na karku i łopatce z lewej strony blizny; siedząc przy piecu, poparzyła się, czego zupełnie nie czuła. Zresztą na kończynie i zwłaszcza na palcach żadnych zmian odżywczych. W narządach wewnętrznych zmian niema. W układzie nerwowym: rozszczepienie czucia: dotykowe zachowane, bólowe i cieplne zniesione, na całej lewej kończynie górnej, na lewym policzku, lewej połowie głowy, na plecach z lewej strony do połowy łopatki i na piersiach do IV żebra: wzmożenie odruchów kolanowych i z Achillesa na stronie lewej; ruchy bierne w lewej nodze nieco spastyczne. Rentgenogram, wykonany przez kolegę Drozdowicza, wykazał: na lewej kości ramieniowej zupełny brak główki (główka jakby odcięta); w okolicy stawu ślady niezrezorbowanej kości; nadto na 4-ym kręgu szyjnym występ kostny. Rozpoznanie niezmiernie trudne — czy jest to lymphosarcoma kończyny górnej z przerzutem na rdzeń, czy lymhosarcoma i niezależnie od tego syringomyelia, czy też tylko syringomyelia. Przypuszczenie syringomyelii jest o tyle trudne, że brak tu zwykłych objawów tego cierpienia, a natomiast taka pseudo-hypertrophia z rozpuszczeniem wprost główki kości w syringomyelii nie spotyka się. Przypuszczeniu samego tylko nowotworu również przeczy wiele faktów. Rozpoznanie przeto tymczasem wątpliwe *).

---

*) Późniejszy przypisek referenta. Wycięto gruczoł do zbadania. Badanie, dokonane przez Dr. M. Zielińską, wykazało zmiany zapalne, a nie nowotwór. Taki wynik przechylałby raczej rozpoznanie w kierunku syringomyelii.

3. *Drozdowicz* przedstawia radiogramy okolicy lewego stawu ramieniowego chorej K. kol. Męczkowskiego i zaznacza, że obraz, na nich przedstawiony, a mianowicie zupełne zniszczenie główki i górnej piątej części kości ramieniowej — z tych części zostały zaledwie ślady jakby okruchów zwapnionych — następnie brak jakichkolwiek zmian patologicznych w budowie dolnej części kości przemawia ze stanowiska radiodiagnostycznego na korzyść rozpoznania myelosarcoma gigantocellulare.

Kryński sądzi, że najprawdopodobniej w danym przypadku istnieją jednocześnie obie sprawy: i syringomyelia i nowotwór złośliwy, który mianowicie zniszczył główkę kości ramieniowej.

Sawicki przyłącza się do zdania Kryńskiego, twierdząc, że przerzut nowotworu do kręgosłupa dawałby silne bóle, a przerzut do canalis centralis — porażenia.

4. *Wertheim* przedstawia chorą 25-letnią, garbatą, dziś zupełnie już zagojoną, u której w maju r. b. wykonał wycięcie nerki z powodu gruźlicy nerki prawej. Rozpoznanie ustalono na podstawie wyczuwalnego guza w okolicy nerki prawej, stałej gorączki, dochodzącej do 39^0, ropy w moczu, pollakiuryi i znacznych zmian w pęcherzu moczowym, nie znoszącym więcej nad 25 — 30 cm. sz. płynu. Lasecznikόw gruźliczych nie znaleziono. Sprawność nerki lewej udało się ustalić przez zgłębnikowanie lewego moczowodu. Usunięta nerka wykazała daleko posunięte zmiany gruźlicze, moczowód był bardzo gruby, przecięto i podwiązano go dość nizko, ranę zaszyto częściowo. Nieprawidłowość w przebiegu pooperacyjnym, dla której W. chorą przedstawia, polegała na tem, że po upływie miesiąca od wykonania operacyi, kiedy rana w znacznej części była już zagojona, a stan chorej poprawił się wybitnie, opatrunki zaczęły przesiąkać rzadką cieczą, która po zastosowaniu do wewnątrz niewielkiej dawki błękitu metylowego okazała się moczem. Równocześnie ilość moczu, oddawanego per vias naturales, zmniejszyła się znacznie. Próbowano przetokę moczowodową zamknąć, wstrzykując pastę bizmutową, rozczyn lapisu, jodynę, jednak bezskutecznie. Wreszcie, kiedy mocz przez ranę zaczął wydzielać się nieco rzadziej, chora wyjechała na wieś, gdzie po upływie mniej więcej 6-ciu tygodni zagoiła się całkowicie. W ten sposób wyciekanie moczu przez kikut moczowodu trwało około 3-ch miesięcy. Obecnie stan chorej nie pozostawia nic do życzenia, pojemność pęcherza moczowego podniosła się do 150 $cm.^3$, wziernikowanie pęcherza wykazuje, biorąc na ogół, bladą śluzówke, w jednem tylko miejscu nieznaczne owrzodzenie.

Wyciekanie moczu przez przetokę moczowodową po usunięciu nerki nie jest zjawiskiem częstem, i zależy prawie zawsze od stałej lub czasowej niedomykalności ujścia moczowodu w pęcherzu. Najczęściej zdarza się to wówczas, gdy moczowód wskutek spraw chorobowych jest zgrubiały, sztywny, a ujście jego zmienione przez owrzodzenie, a więc w gruźlicy lub długotrwałem roponerczu. Jednakże znane są w piśmiennictwie przypadki, w których zarówno sam moczowód, jak i ujście jego zmian wyraźnych nie wykazywały.

W piśmiennictwie odnośnem W. znalazł 8 przypadków analogicz-

nych, ponadto powołuje się na listowny komunikat Kümmela o 2 i ustny kol. Grosglika również o 2 przypadkach. Co się tyczy leczenia, to przeważnie objaw, o którym mowa, znika samoistnie; w przypadkach uporczywych można uciec się do cewnika na stałe, lub wtórnej ureterektomii z wgłobieniem i zaszyciem ściany moczowodu.

Praca odnośna zostanie ogłoszona drukiem.

5. *Zembrzuski L.* przedstawia dziewczynkę 5-letnią, dotkniętą olbrzymim chłoniakiem rozlanym (lymphangioma diffusum) języka. Sprawa jest wrodzona, lecz znaczne powiększenie objętości języka trwa od kilku tygodni. Dziecko przybyło do szpitala ze zwiększoną ciepłotą; wymiary części języka, sterczącego na zewnątrz, wynoszą: długość — 6½ cm., obwód przy ustach — 18 cm. Pod językiem szereg odleżyn, pokrytych szarymi nalotami, zależnych od ucisku ze strony zębów. Foetor ex ore. Nakłucie języka dało krew — jałową, lecz z jednego ukłucia otrzymano prócz krwi cząsteczki ropy, z której wyhodowano paciorkowca. Po nakłuciach i po usunięciu zębów ciepłota poczęła obniżać się. Gdy odleżyny podgoją się a stan ogólny dziecka poprawi się, Z. ma zamiar przystąpić do zabiegu, lecz nie jest jeszcze zdecydowany, czy po przewiązaniu dwustronnem tętnic językowych wyciąć część języka, czy też uczynić to bez uprzedniego przewiązywania tętnic. W przeciągu 5 dni (po nakłuciu i usunięciu zębów) wymiar poprzeczny języka zmniejszył się o 2 cm.

Kryński zaznacza, że wrodzone chłoniaki są nadzwyczaj rzadkie i powołuje się na swoją pracę, ogłoszoną w 1893 r. W danym przypadku radzi wyciąć z języka duży klin.

Leśniowski uważa za zbyteczne uprzednie podwiązanie tętnicy językowej.

Zembrzuski przypuszcza obecność w chłoniaku jam krwistych.

Leśniowski radzi przekłuć język, przewlec nitkę i w obie strony przewiązać język.

Sawicki proponuje włożyć najpierw igły magnezyowe.

6. *Kijewski.* Mężczyzna 36 lat, w 10-ym roku życia uległ kontuzyi w okolicy prawego stawu kolanowego z zewnętrznej strony. W miejscu tem na dolnym odcinku kości udowej w pobliżu stawu zaczął rozwijać się guz, który stopniowo w ciągu kilkunastu lat osiągnął wielkość główki dziecka. Przed kilkoma laty chory ponownie kontuzyował okolicę prawego stawu kolanowego i zauważył od tego czasu znaczniejsze rozrastanie się tego guza. Guz zrazikowaty, nierówny na powierzchni, zajmuje dolną ¼ część uda na zewnętrznej stronie, docierając niemal do samego stawu, ale— jak wykazują liczne rentgenogramy — na powierzchnię stawową kolana nie przechodzi. Ruchy w kolanie zachowane, dość swobodne, chociaż sprawiają niekiedy choremu dolegliwości. Ta swoboda ruchów była poniekąd przyczyną, że chory dotąd nie zdecydował się na usumięcie guza, który rozpoznano, jako osteo-chondroma. Obecnie usunięcie guza będzie stanowiło duży brak w kości udowej, z jednoczesnem usunięciem condylus ext. femoris.

7. *Sawicki* pokazał rentgenogram obustronnego żebra szyjnego wraz z bocznem skrzywieniem kręgosłupa i obszerniej omówił dany przypadek.

8. *Leśniowski* przedstawił okaz tętniaka tętnicy łokciowej, usuniętego na drodze operacyjnej.

9. *Zembrzuski L.* wygłosił odczyt: „Z dziedziny chirurgii tylnej jamy czaszkowej“ (Odczyt w całości drukowany w Przegl. Chir. i Ginek.) i przedstawił kleszcze Dahlgrena w modyfikacyi De Quervaina oraz piłę Payra.

W. DOBROWOLSKI.

Posiedzenie dnia 11 grudnia 1913 r.

1. *Wertheim.* Przypadek pęknięcia więzu właściwego rzepki.

2. *Lewenstern.* Przypadek gruźlicy stawu biodrowego, leczony światłem słonecznem z dobrym wynikiem.

3. *Kijewski Fr.* Przypadek złamania kości ramieniowej — szew kostny.

4. *Lewenstern.* Pokaz przydatkńw macicznych, usuniętych z powodu ciąży jajowodowej.

5. *Krug.* Pokaz preparatu brodawczaka pęcherza moczowego.

6. *Lubelski.* Pokaz preparatu mikroskopowego—epithelioma adamantinosum cystic. maxillae superioris.

7. Rozprawy nad pokazami Krauzego i Leśniowskiego z chirurgii okrężnicy.

8. Rozprawy nad odczytem Zembrzuskiego: Z dziedziny chirurgii tylnej jamy czaszkowej.

1. *Wertheim* przedstawia 44-letniego chorego, który w początku lipca r. b., przeskakując przez rów, uderzył się w zgięte prawe kolano, przyczem goleń podwinęła się pod pośladek przeciwległy; chory odrazu uczuł gwałtowny ból. W. widział chorego po raz pierwszy nazajutrz. Znalazł objętość kolana znacznie powiększoną skutkiem wylewu krwawego, Rzepka prawa leży wyżej, niż lewa. W okolicy rzepki wyraźnie wyczuwalna głęboka bruzda poprzeczna. Niemożność zupełna uniesienia goleni i wykonywania ruchów wyprostnych w kolanie. Zdawało się na razie, że chory uległ poprzecznemu złamaniu rzepki, przyczem dolny odłam byłby bardzo niewielki. Dokładniejsze badanie wykazało jednakże, że kontury rzepki są zachowane, a sama brózda znajduje się poniżej rzepki. Zrobiono wówczas prawdopodobne rozpoznanie przerwania lig. patellae propr. Badanie promieniami X potwierdziło słuszność rozpoznania. Rzepka okazała się nieuszkodzoną i w znacznym stopniu przesuniętą ku górze.

Następnego dnia W. wypuścił ze stawu kolanowego około 300 cm.³ płynnej krwi, a po upływie jeszcze 4 dni wykonał zeszycie rozerwanego ścięgna wraz z pozostałą częścią uszkodzonego przyrządu wyprostnego kolana. Cięcie skóry w postaci płata językowatego o podstawie, odpowiadającej osi, łączącej nadkłykcie uda. Wierzchołek płata sięga poza tuberositas tibiae. Po uchyleniu płata okazało się, że lig. patellae propr. przerwane jest całkowicie po linii zygzakowatej, przyczem górny koniec ścięgna podsunięty jest pod rzepkę. Poza tem rozdarte są więzadła skrzydlaste i czę-

ściowo sama torebka. Nałożono szereg szwów strunowych na torebkę, potem szwy z jedwabiu florenckiego na lig. patellae propr. i lig. alaria. Ponadto zespolono brzegi powięzi powierzchownej. Ranę skórną zamknięto całkowicie, włożywszy w dwóch miejscach sączki szklane; kończynę unieruchomiono w ułożeniu wyprostnem. Rana zagoiła się doraźnie; po 18 dniach chory zaczął wstawać; ruchy wyprostne jeszcze ograniczone. Stopniowo pod wpływem mięsienia, gimnastyki i nagrzewania ruchy wyrabiają się coraz lepiej; obecnie sprawność kończyny nie pozostawia nic do życzenia. Zaznaczyć należy, że chory przed 10 laty przechodził przymiot.

Jak wynika ze statystyki Blanda — liczba operowanych przypadków rozerwania lig. patellae propr. od roku 1901 nie przenosiła 30, podczas gdy, naogół biorąc, przypadki takie spotykają się nie tak rzadko. Tak Maydl w monografii swojej z r. 1883 wylicza ich około 60. Leczenie operacyjne jest tu zdobyczą doby ostatniej, jakkolwiek zaznaczyć należy, że już w r. 1740 Veslingius wykonał zeszycie lig patellae propr. Korzyści leczenia operacyjnego są następujące: 1) Czas trwania leczenia jest co najmniej o połowę krótszy, niż dla metody zachowawczej. 2) Unieruchomienie stawu kolanowego trwa krócej; do zaniku mięśnia czterogłowego nie dochodzi. 3) Metoda operacyjna pozwala dokładnie rozejrzeć się w stosunkuch na terenie urazu i odrazu przywrócić warunki normalne; tylko na tej drodze udaje się zapobiedz interpozycyi torebki maziowej pomiędzy końce rozerwanego ścięgna, oraz stwierdzić, czy końce te nie podwinęły się pod rzepkę — okoliczność, która niewątpliwie na dalszy przebieg ujemnie wpłynąć musi. Co się wreszcie tyczy materyału do szycia — to struny, jako zbyt szybko wsysającej się, należy unikać. Części ścięgniste najlepiej zeszywać jedwabiem lub drutem.

2. *Lewenstern* przedstawił chłopca 18-letniego po wyłuszczeniu lewej kończyny dolnej w stawie biodrowym. Choroba przed 5-ciu laty rozpoczęła się od gruźlicy stawu kolanowego; stopniowo robiono wycięcie stawu i amputacyę uda; pacyent doszedł do wielkiego wyniszczenia; stan wydawał się beznadziejny (4 lata bezustannego obfitego ropienia); wówczas przystąpiono do energicznego leczenia kąpielami słonecznemi — w szpitalu Dzieciątka Jezus podczas minionego lata. Chłopiec poprawiał się w oczach: utył, opalił się bardzo mocno, przetoki podeschły; w tych warunkach zniósł on zupełnie dobrze uciążliwe wyłuszczenie kości udowej i następnie przy ciągłem nagrzewaniu słonecznem — zagoił się doszczętnie. Przypadek ten może być dowodem, iż kąpiel słonecznopowietrzna ma racyę bytu nawet w warunkach tak mało odpowiednich, jak terytoryum szpitala warszawskiego. Pozatem L. zwraca uwagę na to, iż pacyent mimo wyłuszczenia uda chodzi wcale nieźle bez laski na sztucznej nodze.

3. *Kijewski* przedstawia 17-letniego chłopca, który uległ złamaniu kości ramieniowej na wysokości colli chirurgici, przyczem dolny odłam uległ silnemu przesunięciu ku wewnątrz (pod m-lus pectoralis). Ponieważ leczenie zachowawcze (wyciąg z obciążaniem) nie doprowadziło do pożądanego wyniku, przeto K. wykonał szew kostny (metalowy) z bardzo dobrym wynikiem.

4. *Lewenstern* przestawił prawe przydatki maciczne, usunięte podczas cięcia brzusznego, dokonanego z powodu krwotoku wewnętrznego przy pęknięciu ciąży jajowodowej. Na preparacie widoczne są dwie torbiele wielkości orzecha włoskiego, połączone długiemi cieniutkiemi szypułami ze strzępkami jajowodu prawego (hydatis Morgani). L. przypuszcza, iż twory podobne dzięki wielkiej ruchomości mogą odgrywać pewną rolę w upośledzeniu drożności jajowodu, a zatem — być punktem wyjścia ciąży jajowodowej. Przypadek, o którym mowa, rozpoznany był przed operacyą, jako napad ostry zapalenia otrzewnej wskutek sprawy wyrostkowej: pacyentka przed 6 laty przechodziła appendicitis; lekarze zalecali jej operacyę „na zimno", na co ona nie zgodziła się. Napad ten istotnie łudząco przypominał napad wyrostkowy; jedynie ciepłota, nie przewyższająca 37,5 nie odpowiadała pozostałym objawom: napięciu powłok, olbrzymiej bolesności i liczbie tętna, dochodzącej do 150. Wyrostek robaczkowy, przytopiony na całej długości do coecum za pomocą starych blizn, usunięto.

5. *Krug*. Mężczyzna 56 lat od 7-miu lat zaczął uskarżać się na pewne zaburzenia w urynowaniu. Z moczem wydzielała się krew, niekiedy dość obficie. Ten krwiomocz powtarzał się dość często; niekiedy urynowanie było utrudnione, strumień moczu gwałtownie zatrzymywał się. Stan taki zwolna pogarszał się; urynowanie było coraz to trudniejsze, mocz stał się mętny i cuchnący. Chory gorączkował stale i wysoko, znacznie osłabł; wszystko to zniewoliło go do szukania pomocy w szpitalu. Stan chorego godny pożałowania: obrzęki nóg, twarzy, tętno słabe i częste Mocz nader skąpy, cuchnący, z dużą przymieszką krwi. Po włożeniu cewnika wypuszczono 50 cm. sz. moczu, a wraz z nim liczne cząstki guza. Badanie cewnikiem wykazało, że guz wypełnia pęcherz, szczególnie z lewej strony. Badanie mikroskopowe guza wykazało, że mamy do czynienia z papilloma, chociaż głębsze warstwy guza pokazują utkanie bardzo podejrzane, przypominające budową raka.

W miejscowem znieczuleniu otworzono pęcherz głównie w celu ułatwienia odpływu moczu Cała ściana pęcharza zajęta przez papilomat, ani jednego odcinka pęcherza niema zdrowego. Brodawczak bardzo miękki, z łatwością usuwa się palcami. Chory zmarł po dwóch tygodniach w objawach wzmagającego się wyniszczenia.

Sekcya wykazała nephropyelitis purul. ascendens prawej nerki z mocno rozszerzonymi kielichami, oraz hydronephrosis lewej nerki.

6. *Lubelski* przedstawia preparat mikroskopowy epithelioma adamantinosum cystic. maxillae super.

7. Rozprawy nad pokazami Krauzego i Leśniówskiego: z chirurgii okrężnicy.

Kryński zaleca operacyę jednoczasową w guzach okrężnicy, oprócz przypadków zupełnego zamknięcia światła jelit.

Kijewski zgadza się ze zdaniem Kryńskiego, będąc zdania, że tylko ogólne wyczerpanie chorego i ileus stanowią przeciwwskazanie do zabiegu jednoczasowego.

Krauze zasadniczo operuje jednoczasowo.

Oderfeld indywidualizuje odnośne przypadki: jeżeli nowotwór wychodzi ze strony prawej, to najczęściej można operować jednoczasowo; zaś przy guzach lewostronnych zaleca operowanie dwuczasowe.

Sławiński zabiera głos w sprawie jadowitości kału, zaznaczając, że kał suchy jest mniej jadowity, niż kał płynny; z tego założenia bracia Mayo unikają czyszczenia chorych przed operacyą.

Borzymowski opisuje, w jaki sposób Mikulicz operował guzy okrężnicy.

Kryński w odpowiedzi Sławińskiemu twierdzi, że nie słyszał o takiem postępowaniu braci Mayo; zresztą i teoretycznie powyższy pogląd jest niesłuszny, bo choremu narządowi należy dać po operacyi odpoczynek, co bez uprzedniego przeczyszczenia kiszek nie dałoby się uskutecznić.

Sławiński odpowiada, że bracia Mayo pisali w tej sprawie w r. 1907.

8. Rozprawy nad odczytem Zembrzuskiego: „Z dziedziny chirurgii tylnej jamy czaszkowej".

Kryński przypomina o pracy Hildebrandta ze statystyką Borchardta, gdzie silnie podkreślona jest sprawa błędnych rozpoznań (na 101 przypadków operowanych w 69 nie było wcale nowotworu).

Krauze twierdzi, że przy operowaniu w tylnej jamie czaszkowej krwawienia dużego niema: najważniejszy jest moment odłamywania płata kostnego.

Oderfeld operował 4—5 razy w tylnej jamie czaszkowej i miał szereg powikłań, podkreśla krwawienia z emissaria, 1 przypadek śmierci na stole operacyjnym. W większości przypadków usunięcie kości nie stanowi momentu krytyczuego.

Borzymowski operował kilkakrotnie w tylnej jamie czaszkowej. Dla opanowania krwawienia uprzednio obszywa skórę, przy krwawieniu z emissaria zatyka je płatem powięziowym. Aby operować „zewnątrzoponowo", obszywał opony z powierzchowną warstwą mózgu.

Ciechomski zaznacza, że rozpoznawanie guzów tylnej jamy czaszkowej jest dotychczas słabo rozwinięte, i opisuje, w jaki sposób operuje odnośne przypadki Eiselsberg: nadzwyczaj staranne opanowanie krwawienia, polewanie pola operacyjnego gorącym rostworem fizyologicznym NaCl. Co do odłamywania płata kostnego, to E. nacina go z boku piłką lub kleszczami, aby przypadkiem nie nastąpiło odłamanie w foramen magnum. Przy operowaniu 2-czasowem należy 2-gą operacyę wykonywać nie później, niż w 7 dni po 1-ej.

Krauze mówi, że i przy aseptycznym przebiegu pooperacyjnym bywa podniesienie T⁰. Przy 2-czasowem postępowaniu Kr. zostawia nitkę na dura mater, jako wskaźnik.

Lubelski przy krwawieniu stosuje adrenalinę lub wosk sterylizowany.

Posiedzenie dnia 8 stycznia 1914 r.

1. *Studziński i Zembrzuski.* Pokaz dziecka z meningocele spuria raumatica.

2. *Lewenstern*: a) Wyjaławianie plastra lepkiego.
b) Pokaz preparatu zranionej nerki.

3. *Judt.* Rozpoznawanie guzów okrężnicy rentgenograficzne. Pokaz 12 przypadków.

1. a) *Studziński* przedstawił dziecko z meningocele spuria traumatica. Dziecko w wieku 1 rok 4 m. przedtem zupełnie zdrowe zostało przejechane przez wóz i uległo obrażeniom czaszki w okolicy lewej kości ciemieniowej. Przez 3 dni było nieprzytomne, miało drgawki, poczem zauważono w obrębie kości ciemieniowej lewej guz, który stopniowo powiększał się i doszedł do rozmiarów pięści dorosłego człowieka.

Przy badaniu okazało się, że w kości ciemieniowej lewej istnieje szczelina 9 cm. długości, $2^1/_2$ szerokości, nad którą znajduje się guz chełbocący, zawierający płyn. Po wypuszczeniu płynu krwawego w ilości 123 $cm.^3$ przez szczelinę wyczuwało się tętniący mózg.

Płyn wypuszczano kilkakrotnie, stosowano ucisk, wstrzykiwano słabe rozczyny jodu, lecz bez żadnego wyniku. Płyn zbierał się bardzo szybko, czasami już na drugi dzień. Makroskopowo płyn przedstawiał się rozmaicie: raz zabarwiony krwawo, drugi raz żółtawy, lub nawet zupełnie jasny, jak woda.

Przy dokonaniu nakłucia lędźwiowego guz zmniejszał się w miarę wypuszczania płynu (60 cm^3), a następnego dnia płyn wessał się zupełnie i dopiero po 6-ciu dniach zaczął zbierać się ponownie.

Badanie chemiczne wykazało prawie identyczność płynu z guza z płynem mózgowordzeniowym.

Zaburzeń somatycznych i psychicznych brak prócz pewnej senności przy większem nagromadzeniu się płynu w guzie.

Zrobiono rozpoznanie: Meningocele supria traumatica s. cephalhydrocele traumatica i wyrażono przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z pęknięciem kości, opon mózgowych i półkuli lewej, w następstwie czego przyszło do wytworzenia się połączenia pomiędzy guzem na głowie i komorą boczną mózgu.

Przedstawiony rentgenogram wykazuje szczelinę w kości ciemieniowej lewej bez żadnych odłamów lub wgnieceń.

1. b) *Zembrzuski* dodatkowo zaznacza, że mało zrozumiałe są fakty następujące: 1) różnica w zabarwieniu pomiędzy płynem z guza i płynem mózgowordzeniowym pomimo, że podczas uciskania na guz przy przekłuciu lędźwiowem — płyn z kaniuli wypływał z większą siłą, aniżeli to miało miejsce, gdy guz naciskany nie był; 2) dla czego po zupełnem wypuszczeniu zawartości guza — płyn w tym ostatnim gromadził się bardzo szybko, gdyż w parę dni, a tymczasem po wypuszczeniu ew. po odpłynięciu zawar-

tości guza przez nakłucie lędźwiowe — płyn w guzie zbierał się powoti i wypełnił guz dopiero po 6-ciu dniach?

Tłómaczenie faktów powyższych może polegać jedynie na przypuszczeniach, ściślejsze bowiem wyjaśnienie istoty sprawy mogłaby dać operacya, co do rodzaju której Zembrzuski nie jesł jeszcze zdecydowany, tymczasem przypadek będzie dalej spostrzegany.

Piśmiennictwo dotyczące danego przedmiotu jest dość skąpe, przypadki analogiczne do wyżej przedstawionego — rzadkie.

Leśniowski zapytuje, czy płyn z guza był wypuszczany zupełnie.

Zembrzuski. Płyn był wypuszczany aż do zapadnięcia się guza.

2. a) *Lewenstern* przedstawił okaz plastra lepkiego kauczukowego (mianowicie leukoplast Beyersdorfa) wyjałowionego w parze pod ciśnieniem 2 atmosfer; przed wyjałowieniem plaster ten musi być ułożony w ten sposób, by powierzchnie lepiące nigdzie z sobą nie stykały się. Taki sposób postępowania uwalnia nas od potrzeby zaopatrywania się w plaster specyalnie fabrycznie pakowany, a wyrabiany przez firmę berlińską Remmlera (pisał o tem Engelbrecht w Centr. f. Chir. № 51 rok 1913). Korzyść posiadania dobrze lepiącego się a jałowego plastra nie potrzebuje bliższego tłómaczenia. Plaster lepki zwykły (niekauczukowy) pod wpływem wysokiej ciepłoty wyjaławiania niszczy się zupełnie.

2) b. *Lewenstern* przedstawił nerkę, usuniętą z powodu licznych ropni istoty korowej, powstałych po zranieniu. Przebieg choroby był następujący: mężczyzna 20 letni otrzymał uderzenie długim nożem w prawą okolicę lędźwiową; przywieziony do szpitala natychmiast bardzo wykrwiony, tętno na obu aa. radiales niewyczuwalne; wielka bladość powłok i śluzówek. Natychmiast w lekkiem uśpieniu rozszerzono ranę w kierunku zwykłego cięcia nerkowego; po wydobyciu nerki z jej łożyska okazała się w niej rana poprzeczna, dochodząca do miedniczki; nałożono 5 szwów węzełkowych strunowych i nerkę wpuszczono z powrotem; pod biegun nerki dolny wprowadzono duży pas gazy. Poczynając od dnia następnego ciepłota ciała zwiększyła się do 39.0^0 i na tym poziomie z wahaniami dobowemi, wynoszącemi około 2-ch stopni, trwała 2 tygodnie; mocz w tym okresie poza małą ilością leukocytów (5 — 20 na polu widzenia) nie zawierał nic szczególnego; gdy w 3-im tygodniu choroby ciepłota podniosła się do 40,0^0, a nigdzie nie dało się wykryć przyczyny gorączki, przystąpiono do operacyi, która polegała na wypreparowaniu nerki prawej, przyczem okazało się, co następuje: Szwy nałożone na ranę nerki rozeszły się; powierzchnia rany pokryta szarym nalotem; poniżej tego miejsca na powierzchni wypukłej narządu wyczuwa się między palcami ognisko nacieczenia. Nerkę usunięto całkowicie: dalszy przebieg zupełnie pomyślny; ciepłota po 5-ciu dniach zupełnie wróciła do normy; stan ogólny poprawiał się z dnia na dzień. Dziś—w 5 tygodni po operacyi—pacyent jest zupełnie zagojony, nie gorączkuje; mocz, wydalony w ilości około 1500 cm.^{3} na dobę, przedstawia się prawidłowo.

Badanie drobnowidzowe części chorych nerki wykazuje zatarcie bu-

dowy bądź przez detryt, bądź przez nagromadzenie limfocytów; kłębki Malpighiego i otoczka Bowmana również nacieczone.

3. *Judt* na zasadzie 12 przypadków, rozpoznanych rentgenograficznie i operowanych, omawia w krótkich słowach technikę rentgenologicznego rozpoznawania guzów okrężnicy w jej obecnym stanie. (Praca została umieszczona w Przeglądzie Chirurgicznym i Ginekologicznym T. X, Z. 1).

Szteyner zapytuje, czy przytoczone przypadki dotyczyły chorych z wyraźną okluzyą i czy można w podobnych przypadkach podawać chorym bez szkody tak znaczne ilości bismutu.

Judt. Wymienione przypadki nie dotyczyły chorych z wyraźną okluzyą; w przypadkach z okluzyą bismut wprowadza się przez odbytnicę, a więc jest możność usunięcia go; przypadków zatrucia nie obserwowano.

SMUŻYŃSKI.

ZJADZY LEKARSKIE.

43 ZJAZD CHIRURGÓW NIEMIECKICH W BERLINIE.

D. 15 kwietnia r. b. nastąpiło zagajenie posiedzeń kongresu w sali koncertowej wyższej szkoły muzycznej w Charlottenburgu. Przewodniczył Müller (Rostock).

Sprengel (Brunswik) wygłosił swój odczyt dyskusyjny na temat: „Przyczyny i leczenie przepuklin pooperacyjnych". Przepukliny pooperacyjne mówca dzieli na: 1) przepukliny w ścisłem tego słowa znaczeniu; 2) porażenie ścian brzusznych wskutek przecięcia nerwów, unerwiających mięśnie proste, oraz 3) rozciągnięcie się ścian brzusznych. Przyczyną tych zmian chorobowych są w pierwszej linii tamponowanie ran oraz ich sączkowanie, wtórne zakażenie rany drobnoustrojami, licha metoda szycia, wykonywanie szwu nieodpowiednim materyałem, wreszcie — powikłania pooperacyjne, jak np. wymioty. Nie bez wpływu pozostaje również sposób wykonywania cięcia, które nieraz nie odpowiada warunkom fizyologicznym.

Co się tyczy cięcia, S. jest zwolennikiem cięcia poprzecznego, które stosuje z powodzeniem we wszystkich operacyach, appendektomiach, oraz we wszystkich otorbionych sprawach ropnych wewnątrz i zewnątrzotrzewnowych. W sprawie metody szycia mówca uważa, że najlepsze wyniki mogą być osiągnięte najprostszemi metodami, aby tylko szew był wykonany dokładnie. Szwów ciągłych należy unikać.

Zdaniem mówcy — nie należy nadużywać tamponady i sączkowania jamy brzusznej, i stosować te zabiegi tylko wtedy, kiedy jest niezbędna ich potrzeba. W ostatnich latach bowiem tamponada i sączkowanie ustąpiły miejsca zaszywaniu ścian brzusznych doszczętnie, co znacznie zmniejszyło procentowość powstawania przepuklin pooperacyjnych. Sprengel dalej uważa, że w przypadkach, gdzie jamę brzuszną zamyka się doszczętnie, sprawa metody cięcia pozostaje na drugim planie, nie może jednak przemilczeć tego spostrzeżenia, że przepukliny pooperacyjne o wiele częściej zdarzają się w górnych, niż w dolnych częściach brzucha.

W przypadkach, gdzie przepuklina powstała, należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na to, czy pacyent posiada na miejscu dostateczną ilość

mięśni i powięzi, którymi możnaby pokryć przepuklinę; w przypadkach, gdzie tkanek jest zamało, należy uciec się do przeszczepiania. Mówca przekonał się na drodze doświadczalnej, że najlepsze w danym przypadku jest przeszczepianie powięzi wolnej i że ani przeszczepianie tkanek zwierzęcych (heteroplastyka), ani przeszczepianie płatów mięśni na szypułach nie dały pożądanych wyników. Jako ostatni środek pomocniczy mówca radzi przeszczepianie mostowe mięśni.

Dla dyskusyi podaje mówca następujące tezy:

1. Powstawanie przepuklin pooperacyjnych zależne jest od metodyki cięcia brzusznego; cięcie jednorazowe, jako niedostateczne, należy zarzucić zupełnie, wobec czego powstaje kwestya cięcia zmiennego i cięcia poprzecznego. Obawa powstawania przepuklin jest większa po operacyach w górnych częściach brzucha, niż w dolnych.

2. Sprawa tamponady z jednej strony, i zaszycia rany ściany brzucha nawet w sprawach ostrozapalnych z drugiej nie może być uważana za rozwiązaną w stosunku do powstawania przepuklin pooperacyjnych. Niedostateczne i przeczące sobie dane statystyczne powinny zachęcić do dalszych studyów klinicznych, a nie doświadczalnych.

3. Plastyka zapobiegawcza z obawy powstawania przepuklin nie jest dostatecznym postępem.

4. Przypadki porażenia ścian brzusznych i znacznego rozciągnięcia się ich mogą być uważane za nieuleczalne.

5. Operacyjne leczenie przepuklin powinno pozostawać w granicach szwu piętrowego (anatomicznego).

6. Sprawa plastyki zastępczej nie jest jeszcze rozwiązana. Za materyał może służyć w pierwszej linii powięź (autoplastyka). Zarzucić należy wolne i szypułkowe przeszczepianie mięśni, które tylko w nadzwyczajnych przypadkach dużych przepuklin linii środkowej może być stosowane w formie plastyki mostowej (Brückenplastik) metodą Pfannenstiela-Mengego.

* *
*

W dyskusyi pierwszy głos zabiera Perthes (Tübingen), i poleca dla leczenia przepuklin pooperacyjnych metodę Mayo, która polega na naszyciu płatów powięzi jeden na drugi. Stosuje on tę metodę zapobiegawczo po wszystkich laparotomiach, a specyalnie po usunięciu pęcherza żółciowego. W ostatnim prypadku naszywa on tylny płat pochwy mięśnia prostego na przedni. Metodą tą operował mówca 39 razy i w 37 przypadkach osiągnął bardzo wytrzymałe blizny i tylko w dwóch pozostałych, gdzie były sprawy ropne dróg żółciowych, powstała częściowa niedomoga blizny.

Voelcker (Heidelberg) kładzie wielki nacisk na przygotowanie pacyentów do operacyi brzusznych, a przedewszystkiem na odtłuszczanie ścian brzusznych, wychodząc z tego założenia, że obficie rozwinięta tkanka tłuszczowa podskórna utrudnia gojenie całej rany. Należy więc chorych, mających poddać się operacyi brzusznej, leczyć przez 2—4 tygodnie mięsieniem

i t. p. zabiegami. Co się tyczy szycia powłok brzusznych, to jest on zwolennikiem metody Mayo.

Wertheim (Warszawa) stosuje w operacyach brzusznych wyłącznie cięcie poprzeczne i ma bardzo dobre wyniki w stosunku do powstawania przepuklin pooperacyjnych.

Menge (Heidelberg) jest tego zdania, że nie powięzie, lecz mięśnie odgrywają ważną rolę w sprawie formowania się wytrzymałej blizny; dlatego też należy przy zamykaniu otworu przepuklinowego skrupulatnie zbliżać ze sobą powierzchnie mięśni. Aby zapobiedz zbytniemu przesuwaniu się mięśni, umocowuje je kilkoma szwami na powięziach. Z 75 chorych, operowanych przez mówcę jego metodą, z wyjątkiem 4-ch, którzy zmarli, wszyscy pacyenci mają mocne i wytrzymałe blizny.

Dobbertin (Berlin) poleca małe cięcia, wychodząc z tego założenia, że przez duże cięcia daje się możność do powstawania przepuklin pooperacyjnych.

Bakes (Brunn) wykonał przeszło 1000 laparotomii cięciem poprzecznem z bardzo małym procentem przepuklin pooperacyjnych. Na 95 laparotomii, wykonanych przed 4-ma laty, drenowanych było 56; z tych 56 pacyentów dwóch tylko miało przepukliny.

Schanz (Drezno), który sam przeszedł apendektomię, po której powstała przepuklina, skonstruował pas przepuklinowy, który demonstruje na sobie ku ogólnej uciesze zebranych. Poduszeczka pasa zastąpiona jest płaską obrączką, wykonaną z materyału twardego, pokrytą błoną elastyczną. Obrączka przylega do brzegów przepukliny, gdy sama przepuklina utrzymywana jest przez błonę elastyczną.

König (Marburg) uważa, że gimnastyka jest najlepszą metodą zapobiegawczą powstawaniu przepuklin pooperacyjnych, dlatego też u dzieci gimnastykujących się i wogóle używających więcej ruchu rzadziej widzi się powstawanie przepuklin pooperacyjnych, nawet w tych przypadkach, gdzie jama otrzewnej była sączkowana. Mówca osiągnął dobre wyniki, przeszczepiając wolną powięź, albo powięź razem z okostną; ponieważ jednak nieraz trudno o odpowiedni materyał do plastyki (autoplastyki), mówca robi w swej klinice doświadczenia z materyałem heteroplastycznym.

Wullstein (Bochum) wypowiada się na korzyść skrupulatnej rekonstrukcyi oddzielnych warstw powłok brzusznych bez wprowadzania do rany obcych tkanek za pomocą przeszczepiania; używa przeważnie metody Mayo, modyfikując ją w ten sposób, że podwaja na miejscu zeszycia nietylko powięź, lecz i mięsień. Jego zdaniem – operacye brzuszne nie wymagają żadnego specyalnego przygotowania z obawy o mogące powstać przepukliny, jak to mówi Voelcker, a nadmiar tłuszczu może być z powodzeniem usunięty przy operacyi.

Küttner (Wrocław) zaznacza, że obawa powstania przepukliny jest minimalna, jeżeli operuje się z zachowaniem absolutnej aseptyki. Nie jest on zwolennikiem cięcia poprzecznego. Uważa, że należy szyć tylko jedwabiem, starannie łączyć ze sobą wszystkie tkanki i unikać szwów ciągłych.

Cięcie poprzeczne, podług mówcy, wymaga bardzo dużo czasu na zeszycie ścian brzusznych, bardzo często jest zadługie, co budzi obawę, że przy powstawaniu przepukliny będzie ona bardzo duża, co nigdy nie zdarza się po laparotomiach cięciem podłużnem. K. zaznacza, że metoda Lennandera dała mu znakomite wyniki: sączek należy przeprowadzać nie przez ranę operacyjną, lecz przez specyalnie ad hoc zrobiony otwór. Po operacyi należy możliwie wcześnie dać możność mięśniom kurczyć i rozkurczać się. Poza tem mówca uważa, że jedyne możliwe wyleczenie przepuklin pooperacyjnych może być osiągnięte na drodze operacyjnej, gdyż opaski i pasy dotąd skonstruowane nic nie są warte. Co się tyczy operacyjnego leczenia przepuklin pooperacyjnych, to mówca radzi cięcie poprzeczne i przeszczepienie wolnej powięzi (autoplastyka).

Wrede (Jena) jest zwolennikiem cięcia podłużnego: gojenie się jest przy niem prędsze, a przy operacyi oświetlenie jamy brzusznej lepsze i rozciąganie tkanek wziernikami nie tak brutalne, jak przy operacyach o cięciu poprzecznem.

Jako ostatni zabiera głos wnioskodawca Sprengel i zaznacza, że zupełnie zgadza się z Mengem w sprawie nie pozostawania szczelin pomiędzy mięśniami. Mięśnie należy zbliżać ze sobą. S. nalega na to, że poprzeczne cięcie daje bardzo dobre wyniki

* *
*

Drugi z rzędu odczyt programowy p. t.: „O uwarstwianiu płatów przy operowaniu przepuklin“ wygłosił Wrześniowski (Częstochowa); jest on zwolennikiem metody Mayo, którą stosuje we wszystkich laparotomiach i leczeniu doszczętnem przepuklin. Powstawania przepuklin pooperacyjnych nie widział, zawdzięczając to metodzie, którą operuje.

* *
*

Następny odczyt wygłosił Noetzel (Saarbrücken) „O stosowaniu metody Brennera w radykalnej operacyi przepuklin pachwinowych“. Przepuklina, zdaniem mówcy, tworzy się wskutek tego, że szwy, leżące w głębi rany, muszą wytrzymać silny napór i prężność.

Fakt ten skłania mówcę do stosowania w doszczętnym zabiegu herniotomii metody Brennera: Umocowuje on mięsień skośny wewnętrzny do więzadła Puparta, ażeby ostatnie nie było samo i jedyne wystawione na wytrzymanie prężności. Obok spojenia łonowego pozostaje jednak szczelina, którą udaje się zapełnić dźwigaczem jądra; ostatni odcina się tuż przy jądrze; brzeg wewnętrzny mięśnia przymocowywa się do mięśnia skośnego wewnętrznego, brzeg zewnętrzny do więzadła Puparta. Z wyników, osiągniętych tą metodą, mówca jest bardzo zadowolony.

W dyskusyi zabiera głos Brenner (Linz), zaznaczając, że operował swoją metodą 4500 przepuklin. W wypadkach ostatecznych dodaje do umo-

cowania dźwigacza jądra przy skośnym wewnętrznym zdwojony płat powięzi metodą Girarda Mówca obserwował tylko 5°/₀ nawrotów.

* *
*

König (Marburg) wygłasza swój odczyt programowy „O operacyi wytwórczej nosa". Już w roku 1912 podał sposób zapełniania częściowych ubytków nosa przez chrząstkę z muszli usznej. Od tego czasu operował sam i widział operowanych przez innych 47 przypadków, z których liczby notuje 25 wyników pomyślnych i 22 zupełne niepowodzenia. Z różnych stron starano się złemu zapobiedz i stworzyć nowe metody przez pokrywanie ubytków płatami na szypułach z policzka, z czoła, lub z ramienia, wyniki jednak nie były zadowalające ze względu na blizny, które pozostają i zniekształcają twarz. Autor wypowiada zdanie, że jednak metoda przeszczepiania płata z muszli usznej, w częściowych ubytkach nosa, zdaje się być najlepsza. Znacznie trudniej jest zastąpić cały nos. (Rhinoplastica totalis). Trzeba przedewszystkiem zrobić rusztowanie kostne, któreby miało wszystkie cechy charakterystyczne układu kostnego nosa, a więc grzbiet, przegrodę nosową oraz skrzydła nosowe. Mówca spróbował podołać tym wszystkim warunkom i podaje metodę następującą, którą już zastosował w 2 przypadkach z pomyślnym wynikiem. Rusztowanie kostne nosa formuje on z paska mostka, który wycina wraz z dwiema chrząstkami żeber, przylegającemi do niego z dwóch przeciwnych stron: z mostka formuje K. grzbiet nosa i przegrodę, z chrząstek żeber – skrzydła nosowe. Szkielet ten mówca wszczepia pod skórę wewnętrznej powierzchni przedramienia, na drugiem posiedzeniu przenosi całość wraz ze skórą na twarz, zachowując czas pewien szypułę skórną pomiędzy twarzą i przedramieniem, którą, po przyrośnięciu nowoslormowanego nosa, przecina.

* *
*

Na posiedzeniu popołudniowem zajęto się sprawą leczenia nowotworów i związaną z tem radioterapią.

Habs (Magdeburg) wygłosił odczyt programowy p. t.: „Zagadnienia leczenia ciałami promieniotwórczemi". Mówca radzi w leczeniu nowotworów, specyalnie raków, możliwych do usunięcia na drodze operacyjnej, naświetlać jednocześnie z kilku rurek, zawierających radium, gdyż zwiększa to działanie promieni. Mówca wykazuje słuszność swego przekonania na tablicach z matematyczną ścisłością. Jako dobre w zastosowaniu poleca mówca filtry z mosiądzu oraz z kauczuku, które znakomicie absorbują promienie szkodliwe, t. j. działające na powierzchnię. W celu ułatwienia naświetlania kilku naraz preparatami, w celu dowolnego przesuwania „systemu" dla naświetlania z różnych miejsc, mówca naszywa filtry z radem na pasek skóry, który, jako łatwy do przenoszenia z miejsca na miejsce, staje się wygodny w użyciu. Ponieważ rurki naszyte są w jednakowych

i wiadomych odstępach w kierunku poziomym i pionowym, nawet przy przesuwaniu systemu łatwo jest określić zastosowaną dawkę na każdym punkcie aplikacyi, jeżeli weźmie się pod uwagę liczbę rurek i czas naświetlania. W wielu wypadkach powierzchownego raka powiek, nosa, policzków i t. p., gruczołów limfatycznych, mięsaków, w jednym przypadku raka krtani i wreszcie w dwóch przypadkach raka piersi doprowadził mówca nowotwory do zupełnego zaniku. Pomimo, że ma — jak dotychczas – dobre wyniki, mówca nie chce wypowiedzieć ostatniego słowa w sprawie zupełnej wartości leczniczej radu ze względu na to, że nie wiadomo, czy osiągnięte wyniki pozostaną na stałe. Mówca radzi naświetlać nie sam tylko nowotwór, lecz też wszystkie te drogi, po których może być zawleczony na inne miejsca, a więc w pierwszej linii gruczoły chłonne okoliczne.

Jako drugi mówca programowy występuje von Eiselsberg (Wiedeń) z odczytem: „Moje wyniki leczenia złośliwych nowotworów radem i promieniami Röntgena“. Mówca chce ograniczyć się do wypowiedzenia swego zdania o działaniu radu i promieni Röntgena na złośliwe guzy i jest zdania, że nie mamy prawa mówić jeszcze o zupełnem wyleczeniu nawet w przypadkach, gdzie promienie były stosowane zapobiegawczo po operacyjnem usunięciu nowotworu, gdyż czas stosowania jest jeszcze stanowczo za krótki.

Notuje on ze swej praktyki przypadki nie doszczętnie operowane i naświetlane potem, gdzie powrót nie zjawiał się przez czas od $1^1/_2$ roku do 2 lat, gdzie jednak radium sprowadziło powikłania śmiertelne: krwotoki lub nawroty galopujące. Te smutne doświadczenia zniewoliły mówcę do ograniczenia stosowania ciał promieniotwórczych tylko w tych wypadkach, gdzie operacya jest zupełnie niemożliwa. W tych przypadkach, jak i we wszelkich innych, zdaje się mówcy wpływ ciał promieniotwórczych być przecenionym.

W wielu przypadkach mówca widział poprawę, która jednak okazywała się chwilową, w innych widział obok szybkiego zmniejszania się guza również szybko rozwijające się charłactwo. W kilku wypadkach widział v. E. silne krwotoki, które przypisać może tylko działaniu radu; w jednym przypadku mięsak zaczął szybko rozwijać się, w innym, gdzie naświetlano glejak płatu czołowego, pacyent zmarł wskutek zapalenia opon mózgowych, spowodowanego zgorzelą glejaka.

Uogólniając, mówca zaznacza, że radium często bardzo powoduje zmniejszenie się guza, lecz i przy tem wykazuje również działanie ujemne. Zdaniem v. E. — należy przedewszystkiem udoskonalić technikę, któraby umożliwiła znaczne zwiększenie dotychczasowych dawek oraz naświetlanie z większej odległości; radium bowiem może również dobrze zniszczyć naczynie zdrowe, jak i komórki guza. Mówca dochodzi do wniosku, że jeżeli są guzy niedostępne dla noża operatora, to tembardziej są takie, które winny być niedostępne dla radioterapii. Należy bardzo dokładnie wystudyować dawkowanie i nie wolno być optymistą na skutek obecnie otrzymanych wyników.

W drugiej części swego przemówienia zajmuje się mówca sprawą promieni Röntgena i ich działaniem, które wyżej stawia od działania pro-

mieni radu. Mówca jest zdania, iż zawcześnie jeszcze jest, by można było mówić o ostatecznych wynikach rentgenoterapii, zaznacza jednak, że osobiście zanotował wyniki nadzwyczajne; to pozwala mówcy wypowiedzieć zdanie, że obowiązkiem naszym powinno być negliżowanie pobocznych uszkodzeń, jakie wywołują promienie Röntgena, jak poparzenia skóry i owrzodzenia wtórne. Mówca jednak pozostaje na stanowisku chirurga i kończy odczyt słowami: „Mnie zdaje się, że w chwili obecnej nie powinno być dozwolone leczenie radem lub promieniami Röntgena takiego raka, który może być usunięty na drodze operacyjnej".

* *
*

Na powyższy temat rozwija się ożywiona dyskusya, w której pierwszy zbiera głos Wendel (Magdeburg) i zaznajamia słuchaczy z wynikami stosowania radu i promieni Röntgena w 100 przypadkach nowotworów złośliwych, nie nadających się do operacyi. Duży nacisk kładzie W. na to, żeby działanie promieni mogło być kontrolowane wzrokiem; stosuje więc np. promienie na raki przełyku pod kontrolą przez wziernik przełykowy; przy guzach śródpiersia otwiera klatkę piersiową, żeby módz naświetlać bezpośrednio. Mówca zwraca uwagę na to, że nie wszystkie raki jednakowo reagują na promienie: są np. raki, które biernie zachowują się na promienie radu, a dają się usuwać promieniami Röntgena i odwrotnie należy więc zawsze naświetlać i radem i promieniami Roentgena, aby przekonać się, które z tych promieni są w danym przypadku skuteczne. Dalej — mówca radzi naświetlać nietylko guz, ale i wszystkie te miejsca, gdzie można spodziewać się przerzutów.

Wilms (Heidelberg) mówi o konieczności zapobiegawczego naświetlania operowanych chorych, oraz ewentualnie pozostawionych przy operacyi gruczołów w celu zwiększenia procentu wyników zupełnych i stałych.

Spalitzer (Wiedeń) referuje o rezultatach, osiągniętych za pomocą rentgenoterapii w 64 przypadkach guzów złośliwych, nie nadających się do operacyi. W 12 przypadkach guzy zniknęły zupełnie, u 17 chorych mówca zanotował znaczną poprawę, u 13 poprawę mniej wyraźną, w pozostałych 17 przypadkach guzy pozostały bez zmiany. Mówca we wszystkich przypadkach stosował bardzo wysokie dawki, graniczące z dawką rumieniową i naświetlał przez filtry 3 milimetrowe. S. radzi stosować promienie X zapobiegawczo, a wszystkie guzy, nadające się do operacyi, radzi usuwać na drodze chirurgicznej.

Tilmann (Kolonia) stoi na tem samem stanowisku. Radium działa, podług niego, przeważnie na tkanki powierzchowne i tylko w takich przypadkach jest skuteczniejszy od innych zabiegów leczniczych.

Müller (Rostock) proponuje ustanowienie stałego terminu, po którego upływie od ukończenia kuracyi ciałem promieniotwórczem można mówić o zupełnem wyzdrowieniu i podaje termin 5-cio letni.

Krönig (Freiburg-Breisgau) jest zdania, że i dające się operować raki należy poddawać działaniu ciał promieniotwórczych i na zasadzie wyników,

otrzymanych w swej klinice, uważa, że leczenie nowotworów złośliwych należy rozpoczynać od naświetlania ciałami promieniotwórczemi. Radium i promienie Röntgena mają bowiem tę właściwość, że nietylko niszczą tkankę rakową wybujałą, ale i rozmiękczają stwardnienia tkanek, powstałe w okolicy guza. Dzięki promieniom radu i X niejeden nie dający się zupełnie operować przypadek raka stał się dostępny dla chirurga. Mówca zaznacza, że wyniki leczenia operacyjnego daleko pozostają w tyle za wynikami, osiągniętymi radio- i rentgenoterapią, co jest dostateczną zachętą, by poddawać wszystkie bez wyjątku guzy złośliwe działaniu promieni. Przemówienie freiburskiego ginekologa wywołuje wesołość i liczne komentarze w sali.

Werner (Heidelberg) ogłasza wyniki i obserwacye z kliniki prof. Czernego, w której poddano radioterapii 286 chorych z guzami niemożliwymi do operowania. 88% raków powierzchownych i 40% głębokich zniknęło bez śladu po naświetlaniu za pomocą mesotoru. Pomimo to mówca jest przekonany, że są takie guzy, które nie dają się usunąć pod wpływem radioterapii, i nieraz pomimo chwilowego zaniku wykazują swe utajenie się w wcześniej lub później zjawiających się nawrotach.

Heimann (Wrocław) mówi o wynikach radioterapii z kliniki chorób kobiecych, gdzie stosowane jest radium od 1½ roku w przypadkach nie nadających się do operacyi, oraz zapobiegawczo w tych przypadkach, gdzie silne krwotoki budzą obawę przed zabiegiem chirurgicznym. H. kombinuje promienie mesotoru z promieniami Röntgena o silnej penetracyi i przepuszcza promienie przez grube filtry z ołowiu. Początkowo naświetla wprost przez pochwę, a potem po przez ściany brzuszne Mówca osiągnął — jak dotąd — bardzo pomyślne wyniki zarówno w pierwszej kategoryi guzów, jak i w drugiej.

Po kilku posiedzeniach naświetleń zapobiegawczych uporczywe krwawienia ustają i posokowata wydzielina przestaje wydzielać się, co pozwala uskutecznić zabieg chirurgiczny bez obawy zakażenia. O wynikach stałych mówca mówić nie chce ze względu na zbyt krótki przeciąg czasu, w którym radioterapię stosuje.

Krause (Berlin) mówi między innemi o wynikach leczenia raka piersi promieniami Röntgena w połączeniu z radium w klinice prof. Bumma. Przy bardzo wysokiem dawkowaniu promieni Röntgena o bardzo silnej penetracyi (do 1000 jedności Kienbecka na jednem posiedzeniu) w połączeniu z działaniem mesotoru można mieć wyniki zadziwiające. Mówca przedstawia dwie kobiety, z których jedna miała nawrót raka w bliźnie po amputacyi piersi i została zupełnie wyleczona. Wysokie dawki promieni Röntgena nie spowodowały w tym przypadku najmniejszej nawet rumieni skóry. Naświetlanie zapobiegawcze mówca uważa za bardzo dobre, a w niektórych przypadkach — nawet za konieczne.

Perthes (Tübingen) jest zdania, że radioterapia jest leczeniem radykalnem w rękach dobrego technika, obytego z dobremi metodami. Przypomina on wyleczonego przez siebie chorego z rakiem wargi, którego przedstawiał na kongresie w r. 1904. Pacyent do dnia dzisiejszego zupełnie nie ma nawrotów.

Heidenhain (Worms) wspomina o tem, że raki są rozmaite i bardzo rozmaicie reagują na promienie. Niektóre znikają bez śladu, inne — jeszcze więcej rozrastają się. Mówca nie dziwi się, że ginekolodzy mają dobre wyniki, uważa bowiem umiejscowienie raka w macicy za jedno z mniej niebezpiecznych ze względu na to, że rak macicy nieraz może trwać lata, nie dając żadnych przerzutów, czego o rakach w innych narządach umiejscowionych powiedzieć nie można. Wyniki, osiągnięte przez ginekologów, nie mogą też — zdaniem mówcy — i nie powinny być rękojmią dla radio- i rentgenoterapii wogóle.

Mówca stanowczo przemawia, by radioterapii poddawać tylko te przypadki, które z racyi opóźnionego rozpoznania lub zbytniego rozrostu uważane być mogą dla chirurga za stracone.

Na zakończenie dyskusyi przemawia po raz drugi v. Eiselsberg i zaznacza, że zupełnie zgadza się z poprzednim mówcą, natomiast musi wystąpić przeciwko zdaniu Króniga, gdyż uważałby za zbrodnię leczyć promieniami taki guz, który z wielkiem prawdopodobieństwem poprawy można usunąć na drodze operacyjnej.



Wieczorem odbył się szereg pokazów w sali wykładowej domu Langenbecka:

Immelmann (Wrocław) pokazał szereg zdjęć rentgenowskich, na których uwidocznione były zmiany czaszki przy podniesieniu się wewnątrzczaszkowego ciśnienia.

Axhausen (Berlin) pokazał szereg zdjęć rentgenowskich, objaśniających powstawanie wolnych ciał w stawach, wykazując na przezroczach drobnowidzowych, że początek swój biorą one w nieznacznych pęknięciach i uszkodzeniach chrząstki stawowej.

Brandes (Kiel) demonstrował przezrocza zmian chrząstki pośredniej w wieku młodzieńczym (osteochondritis juvenilis).

v. Saar (Insbruck) wskazał kilka metod leczenia złamań na wojnie, oraz demonstrował na przezroczach używane w tym celu instrumentaryum improwizowane.

Gutzeit (Neidenburg) zademonstrował na fotografiach i rentgenogramach sposób leczenia międzyczłonkowej koślawizny drugiego palca u nogi.

Perthes (Tübingen) zademonstrował rentgenogramy do swego programowego odczytu o resekcyi żołądka we wrzodzie tegoż.

Konjetzny (Kiel) pokazywał fotografie makro- i mikroskopowe na temat współzależności zapalenia żołądka i raka żołądka.

Cohn (Berlin) zademonstrował kilka zajmujących obrazów gastrostomii w rentgenogramach.

Ropke (Barmen) pokazał na rentgenogramach nową metodę fotografowania żołądków za pomocą napełnienia ich powietrzem, dającą specyalnie dobre obrazy w przypadkach ulcus ventriculi.

Goebell (Kiel) pokazał rentgenogramy cierpień stawów i kości, występujących dziedzicznie.

Klapp (Berlin) demonstrował fotografie i rentgenogramy, dotyczące przeszczepiania stawów.

Muskat (Berlin) pokazał cały szereg rentgenogramów, dotyczących złamań „sportowych“ górnych kończyn, powstałych przy grze w piłkę.

Joseph (Berlin) dał ładne obrazy utrwalania miedniczki nerkowej w rentgenogramach, wreszcie Neuhäuser (Berlin) przedstawił szereg preparatów dalej rozwijających się młodocianych nadnerczy, wrośniętych do nerki.

* *

Ranne posiedzenie drugiego dnia kongresu poświęcono sprawie przeszczepiania gruczołu tarczowego. Odczyt dyskusyjny p. t.: „Wyniki stałe przeszczepiania gruczołu tarczowego u człowieka“—wygłosił Kocher (Bern).

Na początku mówi Kocher o procesach biologicznych, towarzyszących przeszczepianiu narządów, oraz przytacza te dane naukowe, które powstały w laboratoryach chemii fizyologicznej i dowiodły, że życie tkanki organicznej in vitro jest zupełnie możliwe. Mówca podnosi zasługi Carela i Schönego, którzy dużo na tem polu zdziałali, torując nowe drogi dla biologii doświadczalnej.

Zwracając się do gruczołu tarczowego, mówca zaznacza, że posiada on nadzwyczajną żywotność; jak to wykazały doświadczenia Halsteda, po usunięciu $^{3}/_{4}$ gruczołu normalnego reszta przerasta w bardzo krótkim czasie i bardzo szybko odpowiada czynnościowo całości. Jod ma nadzwyczajny wpływ na gruczoł tarczowy: widać to z tego, że u zwierząt po usunięciu części gruczołu tarczowego wystarczy wprowadzenie do ustroju jodu pod jakąkolwiek bądź postacią, by wstrzymać przerost pozostałej części, lecz doprowadzić ją pod względem czynności do wartości całości. Carrel i Guthrie, Stich i Makkas oraz Enderlen dowiedli, że u zwierząt autotransplantacya gruczołu tarczowego nie jest trudna i udaje się za pomocą zwykłego zeszycia naczyń: jakiejkolwiekbądź tętnicy z żyłą gruczołu tarczowego. Technika tego rodzaju przeszczepiania jest trudna i drobiazgowa i u ludzi nie dała dotąd pożądanych wyników.

W dalszem przemówieniu potrąca mówca sprawę przeszczepiania oddzielnych odcinków gruczołu tarczowego z jednych osobników na drugie, należące do tej samej rasy, nad czem doświadczenia prowadzili v. Eiselsberg, Enderlen, Halsted, Schöne i Cristiani. Odcinki przeszczepiane są w stanie funkcyonować czas pewien i w licznych przypadkach u zwierząt badania histologiczne wykazały, że szczepionki przyjmują się i funkcyonują. Wyniki jednak nie były stałe i nie trwały długo, gdyż po upływie pewnego czasu szczepionki ulegały wessaniu.

Mówca zaznacza, że sprawa przeszczepiania wolnych narządów jest sprawą wielkiej wagi, mającą specyalne znaczenie dla gruczołu tarczowego.

Gdyby można było przeszczepiać z powodzeniem np. gruczoły przytarczycowe, o ileżby to zmniejszyło z jednej strony obawy chirurga o ży-

cie pacyenta przy operacyi wola, a z drugiej — dałoby możność doszczętnego zabiegu nawet w tych przypadkach, gdzie trudno jest określić położenie nie zawsze typowo umiejscowionych gruczołów przytarczycowych. Mówca przypomina o tych przypadkach, gdzie jest wskazanie do rozległej strumektomii, w których operuje się pod grozą wystawienia pacyenta na następczy obrzęk śluzowy. W przypadkach takich mówca radzi połączyć ze sobą wszystkie części normalne gruczołu, znajdujące się pomiędzy masami koloidalnemi usuniętego wola, i wszczepić je gdziekolwiek w tkanki pacyentowi. Wreszcie wspomina mówca, że należy szeroko stosować chirurgiczne leczenie kretynizmu za pomocą homeoplastyki gruczołu tarczowego, należy bezwarunkowo szukać nowych metod przeszczepiania przez ulepszanie obecnie praktykowanych.

K. podnosi zasługi niestrudzonej pracy Cristianiego i Kummera na polu homeoplastyki: wykazali oni i dowiedli histologicznie, że ma ona racyę bytu w chirurgii gruczołu tarczowego. W przypadkach charłactwa z braku gruczołu tarczowego (cachexia strumipriva) nietylko, że charłactwo ustąpiło, lecz w dwanaście lat po operacyi można było histologicznie wykazać, że szczepionki nie uległy wessaniu.

Mówca przeszczepiał gruczoł tarczowy w 95 przypadkach charłactwa z braku gruczołu tarczowego. W 18 przypadkach wynik był niepomyślny, w 18—zadawalający. Mówca dlatego określa go wyrazem zadawalający, że pacyenci nie przestawali przyjmować per os preparatów tyreoidalnych, chociaż ilość ich, potrzebna do utrzymania stanu pomyślnego pacyentów, znacznie zmniejszyła się w stosunku do ilości, przyjmowanych przed operacyą. W 21 przypadkach mówca notuje wyniki znakomite pod każdym względem. Nie należy oczywiście spodziewać się — mówi K., że po operacyi kretyn zostanie przekształcony na człowieka inteligentnego i trzeba już nieznaczne poprawienie się inteligencyi uważać za wynik dodatni. Najlepsze wyniki ma mówca w przypadkach obrzęków śluzowych samorodnych, jak i pooperacyjnych. Przed zastosowaniem transplantacyi u kretynów radzi mówca leczyć tychże czas jakiś przetworami gruczołu tarczowego,

Co się tyczy techniki, to najlepsze wyniki widział mówca po zastosowaniu metody Payra, która polega na wszczepianiu odcinków gruczołu tarczowego do śledziony, za dobrą również uważa metodę wszczepiania do szpiku kostnego. Kilkakrotnie mówca zaznacza, że nie należy ograniczać się do przeszczepiania jednego tylko odcinka, lecz w razie potrzeby powtarzać zabieg, który nie jest ciężką operacyą. Przy operacyi, zdaniem K., odegrywa wielką rolę technika oraz wystrzeganie się krwotoków i wszelkich uszkodzeń przeszczepianej tkanki.

Mówca radzi brać do przeszczepiania materyał z wola, wyjętego w chorobie Basedowa; można go brać i z innych woli, należy jednak zwracać uwagę na to, czy materyał nie pochodzi od chorego na hypotyreoidozę. Dobrze jest również stosować kuracyę jodową u tych osobników, od których bierze się materyał, a to w celu zwiększenia czynności funkcyonalnej szczepionek.

* * *

W dyskusyi pierwszy zabiera głos v. Eiselsberg, który z góry zastrzega się, że doświadczenie jego w kierunku homeoplastyki gruczołu tarczowego nie jest duże, zaznacza tylko, że u 14-letniej dziewczynki z obrzękami śluzowymi 5 razy przeszczepiał gruczoł tarczowy, pochodzący z wola w chorobie Basedowa, i osiągnął znaczną poprawę stanu ogólnego chorej. W kilku przypadkach przeszczepiania w przypadkach tężyczki miał polepszenia tylko czasowe. W takich przypadkach mówca radzi często powtarzać przeszczepianie w celu utrzymania poprawy stanu ogólnego.

Payr (Lipsk) stosował homeoplastykę gruczołu tarczowego w 7 przypadkach, z których jeden był przypadkiem obrzęku śluzowego. W ostatnim przypadku upłynęło od operacyi 5 lat. Przez dwa lata wynik zdawał się być znakomity, atoli później nastąpiła dekadencya do zupełnego idyotyzmu. W trzech innych przypadkach mówca otrzymał dobre wyniki.

Zdaniem mówcy — należy zawdzięczać wyniki ujemne w idyotyzmie zaburzeniom odżywczym systemu nerwowego. W celu rozpoznawczym radzi P. robić niewielkie cięcie na szyi pacyenta, aby skonstatować, czy jest bodaj ślad gruczołu tarczowego. W przypadkach, nadających się do operacyi, można to cięcie spożytkować na wszczepienie odcinków gruczołu tarczowego do otoczki grasicy. Mówca zaznacza, iż różnica pomiędzy hypotyreozą nabytą i wrodzoną jest równie znaczna, jak różnica działania homeoplastyki i opoterapii.

Stieda (Halle) spostrzegał dwa przypadki, operowane przez Bramanna, i sam operował raz jeden w kretynizmie. We wszystkich trzech przeszczepienia robione były do szpiku kostnego piszczeli. Na zasadzie tych spostrzeżeń mówca może mówić tylko o polepszeniu stanu, ale nigdy nie o zupełnem wyleczeniu. W jednym przypadku pacyent operowany dostał tyfusu brzusznego, po którym bardzo szybko zaczęły rozwijać się obrzęki śluzowe. Inny zmarł po $3^3/_4$ latach i sekcya wykazała, że na miejscu przeszczepienia nie było już śladu tkanki gruczołu tarczowego.

Schaack (Petersburg) nie widział dobrych wyników; w 3 przypadkach obrzęku śluzowego po operacyi nastąpiło polepszenie, które po dwóch miesiącach ustąpiło miejsca szybkiej dekadencyi aż do idyotyzmu.

Muller (Rostock) wszczepił raz gruczoł tarczowy do szpiku kostnego u kretyna. Po 5 miesiącach szukał szczepionki, lecz wszystko było wessane.

Enderlen (Würzburg) nie spodziewa się dobrych wyników od homeoplastyki na tem polu.

*

Następnym mówcą programowym jest Haberer (Insbruck) i mówi o wycinaniu grasicy w chorobie Basedowa i wolach. Doświadczenie mówcy obejmuje 16 przypadków, w których usunął grasicę. W 2 przypadkach chodziło o przerost zwyczajny, w pozostałych 14 zawsze obok tymektomii usuwał część gruczołu tarczowego. W 8 przypadkach pacyenci zdradzali chorobę Basedowa ze wszystkimi objawami klinicznymi tego cierpienia; w 4 z nich formuła krwi nie odpowiadała formule, podanej przez Kocher i wobec braku danych anatomopatologicznych nie można było rozstrzygnąć,

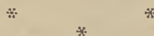
czy choroba była pochodzenia tarczycowego, czy grasicowego. W pozostałych przypadkach choroby Basedowa rozpoznanie było zrobione wyłącznie na skutek formuły krwi Kochera, przy braku objawów klinicznych. Operacya dała we wszystkich 16 przypadkach znakomite wyniki. Mówca ma wrażenie, że w krajach, gdzie często zdarza się wole, musi być pewien związek wola z wybujałością grasicy.

Kocher syn (Bern) zauważył, że wybujałość grasicy występuje w tych krajach, w których spotyka się dużo strumatów i powołuje się na klinikę w Bernie, gdzie spostrzeżenia swoje notował. Obok wybujałości grasicy prawie zawsze widzi się wybujałości nadnerczy. Mówca jest zdania, że niema choroby Basedowa bez przerostu gruczołu tarczowego, gdy przeistoczenia grasicy nie zawsze w Basedowie występują.

Schloffer (Praga) zaznacza krótko w formie repliki do poprzedniego mówcy, żc raz jeden tylko widział chorobę Basedowa z przerostem grasicy, gdzie wraz z wolem usunął dwa odcinki grasicy. Wynik tego zabiegu był taki, że nazajutrz po operacyi tętno podniosło się do 180 uderzeń na minutę i chora czuła się znacznie gorzej, niż przed operacyą.



Riedel (Jena) mówi o niebezpieczeństwie ze strony wola torbielowatego. Operował on 1070 strumatów, z pośród których było 148 torbielowatych. Mówca zauważył, że torbiele gruczołu tarczowego powstają bardzo często już w dzieciństwie, i bardzo niekorzystnie wpływają na rozwój tchawicy wskutek ucisku na ostatnią. Do tych torbieli bardzo często przyłącza się krwawienie (mówca spostrzegał 7 wypadków), a główne niebezpieczeństwo grozi ze strony ropienia, które mówca 12 razy obserwował. Zdarza się również zwyrodnienie rakowe rorbieli (4 przypadki). Dwa razy widział mówca raka przełyku naprzeciwko zwapniałego wola torbielowego i zadaje sobie pytanie, czy rak taki nie pozostaje w zależności od wola; zdaniem R. — jest to zupełnie możliwe.



Pozostały czas rannego posiedzenia poświęcono tematom ogólnym, z których na pierwszy plan wysunięto sprawę znieczulenia miejscowego i lędźwiowego. Jako pierwszy przemawiał Momburg (Bielefeld) o dozowaniu w znieczuleniu lędźwiowem. Mówca zauważył, wstrzykując rozmaite ilości 5% rozczynu nowokainy do kanału lędźwiowego, że stosownie do ilości wstrzykniętego płynu następuje znieczulenie różnych części ciała. Jeżeli wstrzyknąć tylko 1 cm.^{3}, to znieczulenie rozpościera się na krocze, mosznę i organy płciowe zewnętrzne, 2 cm.^{3}, wstrzyknięte do kanału lędźwiowego, powodują obok powyższego—znieczulenie obu dolnych kończyn do górnych przednich kolców kości podlędźwiowych, przy 3 cm.^{3} płynu linia znieczulenia podnosi się jeszcze wyżej — po za pępek. Po wstrzyknięciu 1 lub 2 cm.^{3} mówca nigdy nie widział niepożądanych powikłań, gdy po większych ilościach zawsze występują bóle głowy i wymioty. Mówca

uważa, że zbyteczne jest podnoszenie linii znieczulenia ponad pępek przez większe ilości płynu.

Hosemann (Rostock) zauważył na 3600 znieczuleniach lędźwiowych, że występujące po zabiegu bóle głowy zależne są od wysokości ciśnienia w kanale lędźwiowym. Nakłuciem przed zabiegiem można przekonać się o stopniu ciśnienia. W razie, gdyby ciśnienie było zbyt wysokie, należy wypuścić tyle płynu, żeby warunki powróciły do normy; jeżeli zaś ciśnienie jest zbyt nizkie, co jest bardzo często, a bodaj nawet przeważa, to po operacyi należy zrobić podskórną lub wśródżylną infuzyę fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, po którem ciśnienie w kanale rdzeniowym powróci do normy. Wraz z powrotem stosunków normalnych bóle głowy ustają.

Hochmeier (Marburg) mówi o znieczuleniu miejscowem kończyn, i odradza wykonywanie operacyi na kończynach dolnych, znieczulonych za pomocą wstrzyknięcia płynu znieczulającego do splotów nerwowych. Wszystko przemawia — zdaniem mówcy — na korzyść zaniechania tego zabiegu; i trudności techniczne, i niewielka pewność uzyskania potrzebnego znieczulenia i długi czas, który musi upłynąć od chwili wstrzyknięcia płynu do wystąpienia znieczulenia. Mówca o wiele więcej oczekuje od kombinowania metody znieczulania tkanek okołonerwowych z metodą infiltracyjną dla dolnych kończyn. Płyn, którego mówca używa, jest 1% rozczynem nowokainy.

W przeciwieństwie do znieczulania dolnych kończyn, wstrzykiwanie do splotu ramieniowego daje znakomite wyniki, należy tylko uważać, stosując tę metodę, by nie nastąpiło po zabiegu porażenie przepony. Obejść to niemiłe powikłanie można, wstrzykując płyn nie ponad, lecz po pod obojczykiem; należy przy tem trzymać się skrupulatnie wewnętrznego brzegu zagłębienia Mohrenheima. W tym przypadku mówca stosuje 2% rozczyn nowokainy. Uszkodzenia dużych naczyń można nie obawiać się zupełnie.

Metoda H. może być stosowana nietylko w celach znieczulenia, lecz również dla rozpoznania chorób urojonych kończyn górnych u symulantów.

Następnym mówcą jest Kappis (Kiel), który mówi o znieczuleniu lędźwiowem w operacyach brzusznych, i jest zdania, że wszystkie operacye brzuszne można wykonywać w znieczuleniu lędźwiowem bez obawy o powikłania.

Hoffmann (Greifswald) mówi o wartości znieczulającej różnych środków farmaceutycznych i o podnoszeniu ich wartości przez domieszkę soli potasowych. Nowokaina ma największą wartość znieczulającą przy najniższem działaniu trującem. Wartość jej znacznie wzrasta wskutek dodawania do rozczynów nowokainy soli potasowych, co dla znieczuleń miejscowych jest rzeczą wielkiej wagi.

Holzwarth (Budapeszt) mówi o znaczeniu znieczulenia miejscowego dla chirurgii. Doświadczenie swe opiera na 1089 przypadkach znieczulenia miejscowego w różnych okolicach ciała. W używaniu znieczulenia miejscowego radzi mówca robić pewne ograniczenia, jeżeli chodzi o narządy jamy brzusznej, i zupełnie zastąpić je ogólnem uśpieniem u diabetyków, histeryków i u dzieci.

Colmers (Coburg) operował 260 razy w jamie brzusznej w znieczuleniu miejscowem, które wykonywał poprzez ściany bruszne metodą infiltracyjną. Tylko w kilku przypadkach musiał uciec się do słabej narkozy ogólnej, jako do środka pomocniczego. W apendektomiach mówca wstrzykuje po otwarciu brzucha większe ilości roztworu nowokainy po za kiszkę ślepą i pod otrzewną, tworząc w ten sposób większe złogi środka znieczulającego dla wolnego wsysania się do tkanek operowanych. Mówca zwraca uwagę na to, że dobry wynik znieczulenia miejscowego w dużym stopniu zależny jest od techniki.

* *
*

Przechodząc do tematów ogólnych, Borchard (Poznań) przedstawia pacyenta, który miał zwichnięty kręgosłup, wskutek czego wystąpiło porażenie uciskowe kończyn dolnych, pęcherza moczowego i odbytnicy. Mówcy udało się usunąć zwichnięcie na drodze operacyjnej, i zachować dobre położenie kręgosłupa za pomocą odpowiedniego leczenia ortopedycznego. Pacyent obecnie jest zupełnie zdrów, a objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego ustąpiły zupełnie. W drugim przypadku mówca usunął umocnił na dawnem miejscu wyrostek kolczysty kręgu lędźwiowego, który wskutek wypadku wbił się w formie klina do kanału lędźwiowego. Po zabiegu ustąpiły wszystkie objawy uciskowe jak w przypadku poprzednim.

Sprengel (Brunświk) mówi o przyśpieszeniu gojenia się powierzchni ran za pomocą pokrywania ich wązkimi płatkami skóry, połączonymi z pozostałą skórą za pomocą szypuły. Mówca wychodzi z założenia, że epitelizacya rany odbywa się z brzegu rany, gdzie jest nienaruszona skóra. W celu powiększenia linii tego skórnego brzegu S. przeszczepia płat skóry na ranę i, i rozcinając go na paski, powiększa linię epitelizacyi. Tym sposobem można stosunkowo niewielkimi kawałkami skóry pokryć duże ubytki. Dobre wyniki ma mówca w przypadkach szerokich oparzeń.

Halsted (Baltimore), którego na następnem posiedzeniu powołano na członka honorowego, wygłosił swój programowy odczyt o częściowem zamykaniu dużych tętnic przy leczeniu tętniaków. Odczyt ten był ogłoszony drukiem w roku 1911. (Semaine medicale, p. 558).

Anschütz (Kiel) przedstawia pacyentkę, u której usunął ciało szyszkowate z dobrym wynikiem.

Heile (Wiesbaden) pokazuje chłopca, u którego mówca przeprowadził sączek gumowy od kanału rdzeniowego kręgosłupa do jamy brzusznej wskutek wodogłowia wewnętrznego, aby płyn mógł stale spływać do jamy brzusznej. Chłopiec, który przed operacyą nie mógł wcale chodzić, dzisiaj porusza się swobodnie.

Haertel (Halle) przedstawia kilku pacyentów, którzy cierpieli na uporczywe nerwobóle twarzy. Cierpienia usunął mówca doszczętnie za pomocą wstrzyknięcia alkoholu do pni nerwu trójdzielnego. Do dnia dzisiejszego znieczulenie części leczonych jest zupełne, a skóra nie wykazuje żadnych zmian odżywczych.

Streissler (Graz) demonstruje pacyenta, u którego usunął kulę z czasz-

ki; leżała ona u podstawy pod mózgiem. Zabieg ten usunął w zupełności porażenie, jakie nastąpiło po wypadku.

Hildebrand (Berlin) pokazuje fotografie osób, operowanych przez niego w celu zmniejszenia lub zdeformowania nosa. Metoda demonstratora ma te zalety, że nie pozostawia żadnych blizn na skórze. Wyniki są bardzo ładne.

* * *

Posiedzenie popołudniowe poświęcono w większej jego części sprawie chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc. Odczyt programowy wygłosił Friedrich (Królewiec). W początku swego przemówienia przypomina mówca, że już przed 6 laty przemawiał na kongresie w sprawie leczenia operacyjnego gruźlicy płuc i zaznacza, że od tego czasu zmienił nieco swe zapatrywania, a — co zatem idzie — i metody, które stosuje. Dawniej mówca przypuszczał, że tylko bardzo ciężkie przypadki gruźlicy płuc, w których jedno płuco może być uważane za stracone, nadają się do leczenia chirurgicznego i, chcąc sprowadzić pożądany wynik, wycinał żebra radykalnie. Z biegiem czasu F. przekonał się, że i częściowe przypadki, leczone chirurgicznie, dają dobre wyniki. Obecnie więc F. operuje przeważnie w dwóch posiedzeniach, wyłącznie w znieczuleniu miejscowem, i ogranicza szerokość rezekcyi żeber w stosunku do stopnia rozwiniętej gruźlicy płuca. O ile wycięcie żeber w celu unieruchomienia płuca jest dobre, a nawet nieraz zbawienne, o tyle należy wystrzegać się metody przecinania nerwu przeponowego. Po przecięciu nerwu przepona pozostaje porażona na zawsze, a to jest przecież nie bez wpływu na pozostałe narządy jak klatki piersiowej, tak i jamy brzusznej. Jeżeli koniecznem wydaje się unieruchomienie przepony, co ma w niektórych przypadkach wielką wartość pomocniczą; to — jak mówi F. — można łatwo osiągnąć za pomocą zgniecenia nerwu.

Następuje wtedy chwilowe porażenie, które przechodzi z chwilą, kiedy przewodnictwo w nerwie zostanie przywrócone. Stosując swoją metodę, mówca operował w ostatnich czasach 45 chorych z nader pomyślnem powodzeniem. Unieruchomiane płuco kurczy się i zostaje zupełnie wyłączone z ustroju; jamy zabliźniają się, a wokoło zarosłej jamy opłucnej na miejscu żeber tworzy sie wytrzymały kostny pancerz wskutek tego, że mówca zawsze zostawia okostną, wyjmując żebra.

Dreyer (Wrocław) omawia dzisiejsze sposoby, służące do zapobieżenia, by w operacyach w klatce piersiowej nie dostawało się powietrze do jamy opłucnej, i zaznacza, że używanie jednego z nich jest nieodzowne

Burckhard (Berlin) omawia podłoże fizyczne różnicy ciśnienia w zastosowaniu praktycznem i opiera swe wywody na własnych doświadczeniach.

Carl (Królewiec) oznajmia, jakoby drogą doświadczalną dowiódł, iż za pomocą przecięcia nerwu przeponowego u królika można osiągnąć zupełną nieruchomość połowy klatki piersiowej na stronie przecięcia nerwu. Wskutek tego zabiegu można spodziewać się po kilku tygodniach marskości płuc.

Sauerbruch (Zurych) jest przeciwny zdaniu Friedricha, który mówi, że wszystkie przypadki gruźlicy płuc mogą być operowane. Rokowanie należy robić, sądząc z charakteru sprawy chorobowej, a nie ze względu na to, jak długo sprawa trwa. Nie zawsze można dokładnie rozpoznać, jaka sprawa odbywa się wewnątrz klatki piersiowej — jest to bardzo trudno nieraz i temu właśnie S. przypisuje dużo wyników niepomyślnych. Mówca zaznacza, że należy nareszcie zgodzić się na to, jakie przypadki gruźlicy płuc nadają się do operacyi, i oddzielić je ściśle od tych, w których niemożliwe jest polepszenie nawet po bardzo doszczętnym zabiegu. S. jest zdania, że z chwilą, kiedy sprawa wskazań będzie jasna, to i wyniki zabiegów będą lepsze Zdaniem mówcy — formy włókniste nadają się bardziej do operacyi, niż inne, gdyż mają tendencyę do nadzwyczajnego i szybkiego kurczenia się tkanki płucnej. Przystępując do operacyi, mówi S., należy zawsze i o tem pamiętać, że gruźlica płuc nie jest jedynie cierpieniem miejscowem i że ogniska gruźlicze mogą być po za zaatakowanem płucem i w drugiem płucu i w innych narządach.

W ciągu $3^1/_2$ lat operował 177 przypadków gruźlicy płuc, z których 119 było z gruźlicą jednostronną. Ze 119 — trzech chorych zmarło niezwłocznie po operacyi, w 27 — rozwój choroby uległ niepomyślnemu wpływowi zabiegu, t. j. stan chorych pogorszył się, w 65 przypadkach nastąpiło znaczne polepszenie, a 24 pacyentów wyzdrowiało zupełnie i są zdrowi dzisiaj po upływie $2^1/_2$ lat od operacyi. Zaznacza mówca, że z punktu widzenia medycyny wewnętrznej były to najgorsze przypadki, które po zabiegu on zalicza do kategoryi zdrowych zupełnie. Chorzy ci, a raczej ekstuberkulicy, mają teraz tylko jedno płuco, którem oddychają, ale już nie gorączkują, nie odpluwają i mogą zajmować się pracą. Co się tyczy frenikotomii, to mówca przypuszcza, że od zabiegu tego, pojedynczo wykonanego, spodziewać się dużo nie należy; frenikotomia, połączona z torakotomią, może dać pomyślne wyniki.

Co się tyczy techniki torakotomii, to mówca jest zwolennikiem bardzo szerokich wycinań żeber, gdyż przyszedł do przekonania, że tylko bardzo doszczętnie wykonane operacye sprowadzić mogą wynik pożądany.

W końcu przemówienia zaznacza S., że metoda plombowania jam w płucu wychodzi z fałszywego założenia. Mówca jest zdania, że metodą torakoplastyki osiąga się zupełne unieruchomienie płuca, czego po plombowaniu spodziewać się nie można i nie należy.

Wilms (Heidelberg) uważa, że i w początkowych stadyach gruźlicy płuc leczenie chirurgiczne ma racyę bytu, przy czem można zadowolić się mniej doszczętnym zabiegiem. Co się tyczy torakoplastyki w rozległych sprawach gruźliczych, mówca zgadza się z Sauerbruchem, zaznacza tylko, że łączenie torakoplastyki z frenikotomia nie ma racyi bytu. W sprawie plombowania jam płucnych mówca stoi na innem stanowisku, niż mówcy poprzedni. Odrzuca on plombowanie parafiną, jako bezowocne, bo parafina wcześniej czy później zostanie wyeliminowana z ustroju, poleca jednak plombowanie tłuszczem, który przenosi się do płuca drogą auto- lub homeoplastyki. Mówca włożył 6 takich plomb, które jeszcze trzymają się.

Co się tyczy techniki, mówca radzi robić wycięcie żeber i dodawać do tego zabiegu plombowanie płuc. Zaznacza, że wyjmując żebra zgniata wszystkie nerwy międzyżebrowe, żeby dobrze unieruchomić całą klatkę piersiową operowaną. Ze swoich danych statystycznych przytacza mówca następujące: Operował w r. 1911 i 1912 21 przypadków gruźlicy płuc. 4 z nich doprowadził do wyzdrowienia zupełnego, w 7 przypadkach nastąpiła poprawa znaczna, w 5 — mniej znaczna, 1 chory zmarł bezpośrednio po operacyi, 4 — na cierpienia, nie mające nic wspólnego z gruźlicą.

Na zakończenie jeszcze raz zabiera głos Friedrich i zaznacza, że operuje on nietylko tam, gdzie sprawa ucichła, ale i tam, gdzie gruźlica coraz dalej rozwija się i w tych i w tamtych przypadkach ma bardzo dobre wyniki. Na dowód przedstawia pacyenta, który, obarczony ciężką postępującą gruźlicą płuca lewego, po operacyi wyzdrowiał i już od dłuższego czasu nie ma najmniejszych objawów gruźlicy.

* * *

Hacker (Graz) mówi na temat chirurgicznego leczenia zwężeń przełyku. U dziewczynki, która miała zupełną niedrożność przełyku, mówca sformował nowy przełyk z kiszki grubej i pod skórą przeprowadził go do okolicy szyi (Metoda Vullieta). Dziewczynka przełyka teraz potrawy przez nowy przełyk bardzo dobrze. Mówca zaznacza, iż wskutek tego, iż kiszka gruba zachowała swe właściwości zatrzymywania w swych ścianach zawartości przez czas pewien, zdarza się, że potrawy, wprowadzone do nowego przełyku, pozostają w nim przez czas dłuższy — do 20 minut, dają się jednak lekkiem naciskaniem z zewnątrz przeprowadzić do żołądka.

Wrede (Jena) mówi o podobnym przypadku, który operował również z powodzeniem.

Blauel (Ulm) przedstawia dwoje dzieci ze sztucznymi przełykami, sformowanymi nie z grubej, lecz z cienkiej kiszki podług Roux. Operacya wykonana była w obu przypadkach przed 3-ma miesiącami, a pacyenci już połykają wszystkie potrawy nowoutorowaną drogą do żołądka.

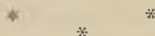
Heise (Petersburg) mówi o metodzie formowania nowego przełyku ze ściany żołądka przez wciągnięcie aż do okolic szyi stożka ściany żołądkowej. Metoda ta, pomimo że w rękach mówcy nie dała pożądanych wyników ze względu na stan pacyentów, może być rekomendowana, jako dobra i nie trudna w wykonaniu.

Röpke (Barmen) mówi o leczeniu skurczu przełyku, który, jak i zbytnie rozszerzenie przełyku, jest pochodzenia nerwowego. Przed zabiegiem chirurgicznym radzi mówca upewnić się w rozpoznaniu za pomocą radiografii i esofagoskopii.

W jednym przypadku skurczu przełyku, który nie chciał poddać się żadnemu leczeniu, mówca osiągnął bardzo dobry wynik nadzwyczajnie prostą metodą. R. zaznacza, że chory mógł połykać tylko płyny; dostawszy się do przełyku przez laparotomię, mówca ściągnął żołądek ku dołowi, otworzył otrzewną, otaczającą wpust, i odpreparowawszy przełyk od jego

otoczenia, wyciął z jego części wszystkie otaczające go tkanki. Od chwili tej operacyi chory je wszystko i nie ma wymiotów. Wynik dodatni przypisuje mówca temu, że, uwalniając przełyk od otaczających go tkanek, zniszczył pewne elementy nerwowe.

Heller (Lipsk) mówi o podobnym przypadku skurczu przełyku, który usunął, przecinając okrężne mięśnie tuż nad wpustem.



Na posiedzeniu następnego dnia wygłosił trzeci z rzędu odczyt dyskusyjny Hildebrand (Berlin) o guzach pęcherza moczowego. Zaznacza on na początku, że leczenie guzów pęcherza nie jest dotychczas oparte na jednolitej podstawie, a śmiertelność pooperacyjna wynosi do 30%. Mówca chce ograniczyć się do rozpatrzenia sprawy leczenia raków i brodawczaków wyłącznie.

Co się tyczy leczenia raków pęcherza, chirurgia posiada trzy metody: 1) wyjęcie guza drogą cięcia nadłonowego, 2) częściowe wycięcie pęcherza moczowego i 3) całkowite wycięcie pęcherza. Ostatnia metoda wykazuje bardzo znaczną śmiertelność pooperacyjną, a nie daje więcej szans na wyzdrowienie, niż dwie pierwsze. Najczęściej występuje po zastosowaniu tej metody zapalenie otrzewnej oraz flegmona tkanki łącznej miednicy, wywołana przez mocz, napływający do nich, oraz rozkładający się w tkankach Poczyniono starania, aby zapobiedz tym następstwom za pomocą nefrostomii zapobiegawczej za pomocą wszywania moczowodów do kiszki lub do skóry, lecz wyniki nie były lepsze, wobec czego mówca radzi zaniechać tej metody.

Przy usuwaniu guzów mówca nie radzi usuwać gruczołów chłonnych okolicznych. Badania Waldeyera wykazały bowiem, że gruczoły chłonne pęcherza moczowego rozsiane są w całej miednicy, w tkance łącznej jej ścian i znajdują się nietylko w tkance przedpęcherzowej, lecz i na bocznych ścianach i tylnej ścianie miednicy w okolicy naczyń podbrzusznych, jak również w okolicy wzgórka kości krzyżowej. Usunięcie tych wszystkich gruczołów, które mogłoby być dopiero zabiegiem doszczętnym, tak komplikowałoby ciężką samą przez się operacyę, że nie należy nawet spodziewać się lepszych wyników po jego zastosowaniu.

Co się tyczy guzów niezłośliwych, a więc papilomatów, mówca widzi dla ich usunięcia dwie drogi: krwawą drogą cięcia nadłonowego, oraz wewnątrzpęcherzową przy pomocy cystoskopu operacyjnego. Pierwsza z tych metod wykazuje śmiertelność pooperacyjną 6—9%.

Pomimo tych liczb mówca jest zwolennikiem krwawego zabiegu nawet w niezłośliwych guzach pęcherza moczowego. Wychodzi on z tego założenia, że na 207 uszypułowanych brodawczaków Frisch znalazł 100 takich, w których nastąpiło złośliwe zwyrodnienie brodawek; oczywiście nie mogło to zwyrodnienie wejść w zakres rozpoznania klinicznego przedoperacyjnego. Mówca jest zdania, że, operując brodawczaki, należy po ich

usunięciu doszczętnie zniszczyć to miejsce błony śluzowej pęcherza, na którem wyrosły, co — zdaniem mówcy — możliwe jest li tylko na drodze krwawej.

Drugi odczyt programowy na ten temat wygłosił Joseph (Berlin), który jest zwolennikiem usuwania guzów niezłośliwych na drodze wewnątrzpęcherzowej termokoagulacyą przy zastosowaniu diatermii. Szczególnie w brodawczakach metoda ta oddaje nieocenione usługi. Jest ona prosta i nie wymaga nadzwyczajnej techniki, może więc być stosowana przez każdego, kto umie cystoskopować i obznajmiony jest z cewnikowaniem moczowodów. Instrumentaryum, którego wymaga, składa się ze zwyczajnego cystoskopu do cewnikowania moczowodów, elektrody cienkiej, wprowadzanej przez kanał do cewnika moczowodowego, elektrody większej zewnętrznej, którą umieszcza się pod krzyżem operowanego, oraz z przyrządu do diatermii. Dotknięcie guza cienką elektrodą powoduje momentalną koagulacyę tkanki, aż do samego dna pęcherza, tak że guzy, umieszczone na szypule, usuwa się jednorazowem dotknięciem szypuły ich elektrodą cienką. Guzy o podstawie szerokiej usuwa się w ten sposób, że kilkoma dotknięciami elektrody stwarza się stosunki, odpowiadające guzowi, opartemu na kilku szypułach. Motoda, którą podaje J., jest metodą bezkrwawą i zupełnie pewną; stosując ją, mówca nie może zanotować żadnych jej złych stron. Metoda ta, zdaniem mówcy, powinna w zupełności wyrugować metody operowania wewnątrzpęcherzowego za pomocą pętli drucianej chociażby z tego względu, że najbardziej niedostępne guzy dla ostatniej, np. leżące w okolicy wewnętrznego ujścia cewki moczowej, zupełnie wygodnie mogą być usunięte za pomocą termokoagulacyi.

* *
*

W dyskusyi na ten temat pierwszy zabiera głos Borchard (Poznań) i zwraca uwagę na wrzekome guzy pęcherza. Opisuje przypadek, w którym uchyłek pęcherza znajdował się po za przednią ścianą pochwy i wypuklał ją do tego stopnia, że mógł być wzięty za guz. Ponieważ takie uwypuklania się ścian pochwy przez uchyłki pęcherza zdarzają się nierzadko, mówca radzi być bardzo ostrożnym z rozpoznaniem „guza pęcherza“ i nie polegać jedynie na rozpoznaniu klinicznem.

Casper (Berlin) mówi o wynikach leczenia guzów pęcherza moczowego i zgadza się z poprzednimi mówcami. Operował on 224 przypadki guzów pęcherza, z których było 38 złośliwych. Z tych ostatnich operował 33 za pomocą częściowego wycięcia pęcherza. 8 chorych żyło w ciągu więcej niż jednego roku po operacyi, 1 żył w ciągu 7 lat, 1 w ciągu 4-ch. Reszta operowanych zmarła wkrótce po operacyi. 185 brodawczaków operował mówca wewnątrzpęcherzowo, z których 10 ostatnich — stosując termokoagulacyę. Wyniki były znakomite. Mówca zwraca uwagę, że guzy należy usuwać doszczętnie, bo i na pozór niezłośliwe guzy mogą odnawiać się. U jednej pacyentki, u której mówca usunął brodawczak pęcherza, w bliźnie po usunięciu rozwinął się po 14 latach rak. Pojedyncze brodawczaki, nie doszczętnie usunięte, mogą odnawiać się i występują wtedy przeważnie w licz-

bie mnogiej. Do cięcia nadłonowego radzi mówca kwalifikować tylko te nader rzadkie przypadki guzów, w których usunięcie drogą termokoagulacyi jest zupełnie niemożliwe ze względów technicznych.

Voelcker (Heidelberg) jest zdania, że dla usunięcia niezłośliwych guzów pęcherza należy wybierać drogę wewnątrzpęcherzową, co się zaś tyczy guzów złośliwych, to tylko operacya krwawa może dać dobre wyniki, a więc — cięcie nadłonowe, lub też wycięcie od strony krocza. W ostatnim przypadku mówca radzi odsunąć z pęcherza otrzewną, pokrywającą jego wierzchołek, by operacya mogła być wykonana zewnątrzotrzewnowo. W celu ułatwienia preparowania mówca napełnia pęcherz powietrzem. V. zwraca uwagę na to, że w celu zwiększenia liczby zupełnych wyzdrowień po operacyach guzów pęcherza należy prowadzić dalsze studya nad wypracowaniem metod specyalnych, gdyż obecnie używane są stanowczo niewystarczające.

Stammler (Hamburg) zaznacza, że nawet drobnowidzowe badanie nieraz nie może zawyrokować, czy dany guz jest złośliwy, czy też nie. Z tego to względu na oddziale Kümmela usuwa się guzy pęcherza zawsze cięciem nadłonowem. Na 84 operowane przypadki, z których tylko 25 nie były złośliwe, wszystkie zostały zupełnie wyleczone na drodze operacyi krwawej.

Blumberg (Berlin) spostrzegał złośliwy guz pęcherza moczowego u 74-letniej kobiety, u której operacya była niemożliwa ze względu na wiek. Naświetlał on guz radem. Po jednem posiedzeniu guz znacznie zmniejszył się, po tygodniu był zupełnie niewyczuwalny. Nastąpiło znaczne polepszenie. Gdy kobieta zmarła wskutek przyczyn pobocznych, znaleziono, że cewka, początkowo rakowa, była zupełnie wolna od guzów, w samym jednak pęcherzu znaleziono raka.

Heineke (Lipsk) pokazuje rzadki okaz guza pęcherza, mianowicie — torbielak, usunięty na drodze operacyjnej z pomyślnym wynikiem.

Frank (Berlin) gorąco poleca metodę termokoagulacyi, którą stosował w niezłośliwych guzach pęcherza w 26 przypadkach z bardzo dobrym wynikiem. Mówca zaznacza, że wysokość napięcia prądu nie powinna być zbyt wysoka do usuwania guzów, a tylko taka, by guzy były doprowadzane do koagulacyi bez tworzenia się strupów. Jeżeli metoda w odpowiedni sposób jest zastosowana, daje ona impuls błonie śluzowej pęcherza do regeneracyi i bardzo szybkiego pokrycia się nabłonkiem powstałego braku. Mówca stosował metodę koagulacyi w 2 przypadkach owrzodzeń gruźliczych i doprowadzał je w bardzo szybkim czasie do zupełnego zagojenia.

Ringleb (Berlin) jest przeciwnikiem metody termokoagulacyjnej; widzi on lepsze wyniki po stosowaniu zabiegu operacyjnego drogą cięcia nadłonowego, a nawet za pomocą operacyi wewnątrzpęcherzowej za pomocą pętli.

König (Marburg) mówi o metodzie termokoagulacyjnej i obok jej innych zalet podnosi, że dzięki łatwości stosowania metody można za jej pomocą usuwać nawet takie guzy, które leżą przy wylocie wewnętrznym cewki moczowej i dla innych metod wewnątrzpęcherzowych są niedostępne.

Filipowicz (Wrocław) mówi o rentgenodyagnostyce guzów pęcherza

w przypadkach, gdzie wskutek zwężenia cewki moczowej, lub przerostu gruczołu krokowego cystoskopia jest niemożliwa. Dla otrzymania obrazów wyraźnych napełnia on do fotografowania pęcherz rozczynem kollargolu.

Wossidlo (Berlin) radzi leczyć nienadające się usunąć guzy pęcherza promieniami Röntgena. Co do dających się operować, to należy tylko brodawczaki operować węwnątrzpęcherzowo, stosując metodę termokoagulacyiną wyłącznie w tych razach, gdzie brodawczaki występują pojedynczo. Wszystkie guzy złośliwe radzi mówca usuwać za pomocą cięcia nadłonowego.

Schultheiss (Wildungen) jest stanowczym przeciwnikiem usuwania czy to złośliwych, czy nie złośliwych guzów pęcherza drogą wewnątrzpęcherzową. Mówi on o wynikach operowanych przez się guzów pęcherza: Operował 29 raków, 2 mięsaki, 14 brodawczaków i jedną torbiel skórzastą. We wszystkich przypadkach stosował częściowe wycięcie ściany pęcherza. Z pierwszych 31 zmarło 3 pacyentów w ciągu 8 dni po operacyi, u 9—nastąpił nawrót w ciągu 4 lat. Z pozostałych dzisiaj żyje 9 pacyentów, u których mówca stwierdza 2 — 3 zupełne wyzdrowienia. Z 15 operowanych wskutek brodawczaków i skórzaka zmarło 3 nie pod wpływem operacyi; w jednym przypadku nastąpił nawrót, pozostali są zupełnie zdrowi.

Jako notatkę techniczną komunikuje mówca, że we wszystkich przypadkach zaszywa ściany pęcherza, którego nie sączkuje, lecz cewnikuje po operacyi per vias naturales.

Herzberg (Berlin) studyował na zwierzętach stopień głębokości termokoagulacyi w ścianie pęcherza i znalazł zależność od grubości elektrody wewnętrznej. Zgóry więc można wiedzieć i określić, jak głęboko sięgnie wewnątrz ściany pęcherza koagulacya i czy nie przekroczy pożądanych granic.

Na zakończenie dyskusyi przemawiają Hildebrand i Joseph. Pierwszy, nie zaprzeczając zalet nowej metodzie usuwania guzów pęcherza za pomocą termokoagulacyi w niektórych razach, pozostaje na stanowisku chirurga, wierzącego tylko w zabieg chirurgiczny w guzach pęcherza, drugi zwraca się w swem przemówieniu do Voelckera, który radzi napełniać pęcherz powietrzem w celu ułatwienia odpreparowywania otrzewnej. Powietrze z pęcherza łatwo dostaje się do miedniczek nerkowych, na skutek czego może powstać zator powietrzny. Mówca zwraca uwagę, że już Marion i Nikolich opisali takie spostrzeżenia.

* *

Następny odczyt programowy wygłosił Frangenheim (Kolonia) p. t: „Przyczynek do leczenia operacyjnego nietrzymania moczu w pęcherzu męzkim“. Mówca wytworzył nowy zwieracz z mięśnia piramidalnego oraz płata powięzi mięśnia prostego, które pod prąciem przeprowadził z jednej na drugą stronę. Wynik zabiegu jest bardzo dobry: pacyent może zatrzymywać w pęcherzu znaczne ilości płynu i opróżniać pęcherz dowolnie.

W dyskusyi zabiera głos Kausch (Schöneberg), który w podobny sposób operował z bardzo dobrym wynikiem.

Hildebrand (Berlin) zwraca uwagę, że przy przeszczepianiu mięśnia piramidalnego na szypule należy zwracać uwagę, by wraz z mięśniem był przeniesiony jego nerw. W razie przeciwnym nie należy spodziewać się pomyślnych wyników.

Borchard (Poznań) operował również niemożność zatrzymywania moczu, wytwarzał jednak nowy zwieracz z mięśni uda z dobrem powodzeniem.

* * *

Z programowych mówców występuje Vorshütz (Elberfeld) z odczytem o umocowywaniu wędrującej nerki Stosuje on nieco zmienioną metodę Naratha. Za pomocą skrobaczki zdziera okostną z 12-go żebra, którem przekłuwa otoczkę włóknistą nerki i przesuwa nerkę na żebrze, umocowując ją kilkoma szwami. Mówca operował w ten sposób w 8 przypadkach nerkę ruchomą i otrzymał bardzo dobre wyniki.

W dyskusyi zabiera głos König (Marburg), który ostrzega przed przyszywaniem nerki do 12 żebra, gdyż położenie, jakie przy tem umocowaniu nerka otrzymuje, nie jest fizyologiczne.

Riedel (Jena) zwraca uwagę, że przed umocowaniem wędrownej nerki należy dla niej przygotować odpowiednie leże za pomocą tamponowania szpary, zrobionej po za otrzewną w punkcie, najbliżej przepony położonym. Przez tamponadę można stworzyć otwór, w którym umocowuje się nerkę, nie naruszając jej otoczki.

Schloffer (Praga) używa metody Vorschütza do umocowywania nerki wędrownej i jest z niej zadowolony. Aby zapobiedz zesuwaniu się nerki z XII żebra, zachyla on wolny jej koniec, który zatrzyma nerkę w razie, gdyby miała zesunąć się z miejsca, w którem została umocowana.

* * *

Zondek (Berlin) mówi o sprawie wskazania w chirurgicznych chorobach nerek i głównie zwraca uwagę na nadzwyczajną znajomość anatomii. Tylko znając znakomicie położenie fizyologiczne nerki oraz możliwe położenie kamienia nerkowego w miedniczce nerkowej, można zrobić dobre rozpoznanie oraz zrobić wskazanie do zabiegu chirurgicznego.

Fraenkel (Berlin) mówi o rentgenodyagnostyce kamieni nerkowych oraz położenia nerek w ogóle. Głównie zwaca uwagę na to, że nerka prawidłowa daje na rentgenogramie cień, którego oś podłużna tworzy z kręgosłupem kąt ostry — w przypadkach nerki o formie podkowy osie obu fragmentów nerki są równoległe. Wiedząc to, nie trudno jest rozpoznać nerkę w postaci podkowy.

* * *

Następnie mówi Steinman (Bern) o leczeniu cuchnących ropni. Mówca przeprowadza aż do dna ropnia sączek kauczukowy, przez który puszcza strumień tlenu lub powietrza. Sączek ten, połączony z jednej strony z pompą hydrauliczną lub z balonem tlenu, łączy mówca na drugim końcu z sączkiem gumowym odprowadzającym. Strumień taki obok właściwości osuszających posiada możność niszczenia drobnoustrojów beztlenowych oraz uwalniania ropnia od wydzieliny. Zapach znika niebawem, a ropień osusza się tak szybko, że już po 3—4 dniach można sączek usunąć. Mówca twierdzi, że w ten sposób można skrócić do połowy czas leczenia tych ropni.

Tiegel (Dortmund) przedstawia szczypczyki rozwierające na sprężynie, których używa zamiast tamponowania w leczeniu ran ropnych. Przez rozwarcie szerokie rany dopuszcza się do niej powietrze, co, jak twierdzi mówca, ma zbawienny wpływ na oczyszczanie się ran i na gojenie.

Kuhn (Berlin) zaleca rozczyny cukru dla leczenia ran zaropiałych. Do leczenia zapaleń otrzewnej poleca rozczyn izotoniczny dekstrozy o koncentracyi 4%, i rozczyn 10% do leczenia cuchnących ropni.

* * *

W pięknem przemówieniu przypomina następnie Payr (Lipsk), że już przed 2-ma laty mówił na kongresie o swej metodzie mobilizowania zesztywniałych stawów. Mówca podaje teraz niektóre odmiany wówczas stosowanych metod. Co się tyczy kolana, to mówca postępuje w sposób następujący: powierzchnię stawową rzepki pokrywa płatem tłuszczu; w celu odbudowania przyrządu wyprostnego bierze ścięgno mięśnia strzałkowego (peroneus), owinięte w powięź; ażeby wreszcie zapobiedz ruchomości na boki, wycina rynienkę na powierzchni przedniej kłykci (condyli), aby w nią włożyć ścięgno mięśnia wyprostnego.

W stawie biodrowym robi mówca wycięcie Volkmanna, po którem wykonywa przeszczepienie szypułowe powięzi i tkanki tłuszczowej, któremi pokrywa dotykające się kości, lub też robi osteotomię szyi kości udowej, by stworzyć staw w formie siodła, umożliwiający ruchy w dwóch kierunkach.

W łokciu dobrze jest zawinąć mięsień trójdzielny i kość łokciową płatem powięzi.

W celu uruchomienia stawów ręki i palców mówca posługuje się przeszczepianiem tkanki tłuszczowej.

Mówca zaznacza, że miał sposobność przez długi czas spostrzegać operowanych przez się i zauważył, że ani razu po operacyi nie było ani zapalenia stawów zniekształcającego, ani żadnych ciężkich powikłań wtórnych.

Tkanka włóknista pokrywa kończyny równomiernie i ma wygląd pochewki ścięgien. Mieszek stawowy nowoutworzony jest mieszkiem maziowym, który powstaje pomimo szerokiego wycięcia starego stawu.

Miejscami zdaje się, że nowoutworzone powierzchnie stawowe niczem nie różnią się od dawnych prawidłowych.

Mówca następnie zwraca uwagę na to, że rekonstrukcya znakomicie

nakłania się do nowoutworzonego mechanizmu. Głębokie czucie i odruchy są w zupełności zachowane, tak że stawy są w stanie wytrzymać nawet wysokie stawiane im wymagania.

Na 22 przypadki operowane w ciągu dwóch lat ostatnich mówca miał tylko 5 niepowodzeń.

P. pokazuje następnie 4 chorych; jeden przypadek uruchomienia stawu biodrowego, dwa — artroplastyki kolana i jeden uruchomienia stawu w palcu Wszyscy pacyenci są wyleczeni i okazują znakomitą ruchomość dawniej chorych stawów.

Pomiędzy chorymi, których P. przedstawia, u których mówca mobilizował staw kolanowy, znajduje się oficer piechoty, który do tego stopnia ma uruchomiony staw i nie kuleje, że może w dalszym ciągu służyć w wojsku.

Schaak (Petersburg) cytuje 7 przypadków stężenia stawów, wyleczonych na drodze operacyjnej za pomocą przeszczepiania wolnej powięzi. Najlepszy wynik otrzymano z uruchomienia obustronnego stawu skroniowożuchwowego.

Hacker (Graz) mówi również o pomyślnych wynikach, osiągniętych na tem polu.

* *
*

Następnie mówi Stieda (Halle) o dalszych wynikach stosowania przekłucia spoidła mózgowego, specyalnie w epilepsyi, idyotyzmie i pokrewnych stanach. W klinice ś. p. v. Bramanna stosowano przekłucie spoidła mózgowego w 17 przypadkach esencyalnej padaczki i osiągnięto nieznaczną poprawę. Mówca jest zdania, że gdyby ten zabieg stosowano wcześniej, to możnaby spodziewać się lepszych wyników. Zdaniem S., jest to zabieg nieszkodliwy, łatwy w wykonaniu, nie trwa długo i może być robiony w znieczuleniu miejscowem. Niema przy nim najmniejszej obawy uszkodzenia mózgu. Mówca jest zdania, że przekłucie spoidła mózgowego może konkurować z innymi zabiegami chirurgicznymi, stosowanymi w padaczce, gdyż obok wszystkich swych zalet posiada jeszcze tę jedną, że może być powtarzany tak często, jak okaże się tego potrzeba.

Hildebrand (Berlin) nie zgadza się z wywodami poprzedniego mówcy co do wartości przekłucia spoidła. Stosował on ten zabieg w 32 przypadkach padaczki bez żadnego wyniku. H. jest zdania, że operacya ta nie jest tak nieszkodliwym zabiegiem, jak to mówi S. Po operacyi widział mówca w jednym przypadku śmiertelny krwotok mózgowy.

Kocher (Bern) radzi robić bardziej rozległą trepanacyę przy przekłuciu spoidła, aby zapobiedz uszkodzeniu większych naczyń. Mówca jest zdania, że jest to zabieg, który może dać bardzo dobre wyniki.

Tilmann (Kolonia) radzi zaczynać chirurgiczne leczenie padaczki nakłuciem lędźwiowem, po którem można w razie potrzeby robić nakłucie komór mózgowych; dopiero skoro oba te zabiegi nie dały żadnych wyników, należy, zdaniem mówcy, zwrócić się do nakłucia spoidła mózgowego.

Lossen (Kolonia) mówi o leczeniu wodogłowia wewnętrznego. Na-

kłucie spoidła mózgowego daje tutaj niewiele; należy zrobić więcej otworów, przez które mógłby sączyć się płyn. Mówca radzi robić większą trepanacyę w celu zmniejszenia ucisku, jaki w wodogłowiu ma czaszka na mózg.

v. Haberer (Insbruck) poleca w padaczce niewycinanie ośrodka, wywołującego drgawki, lecz podcinanie tegoż, co daje znacznie lepsze wyniki.

Küttner (Wrocław) zaznacza, że otwór, w czaszce zrobiony w celu przekłucia spoidła mózgowego, tak szybko zarasta, że w celu wtórnego zabiegu trzeba ponownie wywiercić otwór, nie można więc dowolnie, jak mówi Stieda, powtarzać zabieg w razie potrzeby.

* *
*

Następnym mówcą programowym jest Oehlecker (Hamburg), który mówi o wyjęciu II zwoju kręgowego w różnych postaciach nerwic potylicowych. Wyjął on II zwój kręgowy (szyjny) w 4 przypadkach nerwic potylicowych, nie dających się opanować żadnymi możliwymi środkami leczniczymi; we wszystkich przypadkach nastąpiło wyzdrowienie. Jest to operacya, która również ma racyę bytu, jak wyjęcie zwoju Gassera w neuralgiach nerwu trójdzielnego Mówca ostrzega, że operacya ta jest bardzo trudna i wymaga zarówno dobrej techniki, jak i znajomości anatomii.

* *
*

Następnie przemawia Barth (Gdańsk) o leczeniu chirurgicznem ropnego zapalenia opon mózgowych. Na skutek wyleczenia trzech chorych na zapalenie opon mózgowych na drodze chirurgicznej mówca zaznacza, że cierpienie to nie powinno odstraszać od chorych chirurgów. W trzech swoich przypadkach B. wykonał laminektomię trzeciego i czwartego kręgu lędźwiowego, zrobił otwór w oponie twardej i włożył sączek, przez który ropa wypływała.

Rozpoznanie, jak mówi B., można zrobić za pomocą nakłucia lędźwiowego. Jeżeli w płynie rdzeniowym znajdują się wielojądrowe leukocyty, wystarcza to dla rozpoznania, gdyby nawet nie znaleziono drobnoustrojów.

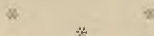
* *
*

Pflaumer (Erlangen) mówi o leczeniu guzów złośliwych wyciągami z guzów. Stosował on je metodą Lunkenbeina w 15 przypadkach raków i mięsaków. Z dobrych stron tej metody mówca może podnieść tylko to, że w niektórych przypadkach rozwój charłactwa szedł wolniej.

Mówca stosował metodę tę u zwierząt i widział w kilku przypadkach wystąpienie zgorzeli centralnej guzów.

W dyskusyi zabiera głos Keysser (Jena); jest on przekonany, że metoda, omówiona przez poprzedniego mówcę, ma racyę bytu Wykonywał on doświadczenia na zwierzętach, których wyniki pozwalają mu mówić o zapobieganiu nawrotów tą metodą.

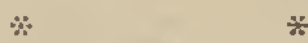
Stammler (Hamburg) mówi o stosowaniu wyciągów z guzów i przypomina pacyenta, którego już przedstawiał przed 2 laty na kongresie. Pacyent ten od trzech lat wolny jest od nawrotu. Mówca nie chce mówić ze względu na krótki czas stosowania tej metody o wyleczeniach zupełnych, wyraża jednak nadzieję, że jeżeli leczenie nie da spodziewanych wyników w kierunku wyleczenia zupełnego, to w każdym bądź razie, stosując tę metodę, można będzie przygotowywać guzy do leczenia radem i promieniami Röntgena.



Na zakończenie posiedzenia zajęto się sprawą wartości reakcyi Abderhaldena dla rozpoznawania guzów złośliwych.

Odczyt progromowy wygłosił Fritsch (Wrocław). Dzięki studyom nad odczynem Abderhaldena, które mówca prowadzi od roku, dochodzi on do wniosku, że o ile metoda ta ma duże znaczenie naukowe, o tyle mało daje korzyści praktycznych. Wynika to z wielu źródeł błędów, których uniknąć niepodobna. Zdaniem mówcy — rozpoznanie kliniczne więcej jest warte. Mówca wypowiada nadzieję, że być może przez ulepszenie techniki uda się metodę tę stosować nawet dla rozpoznania różniczkowego.

W dyskusyi zabiera głos Heimann (Wrocław), który w zupełności podziela zdanie poprzedniego mówcy. Dokonał on badania w 400 przypadkach i doszedł do wniosku, że wyniki w rozpoznawaniu guzów złośliwych są o wiele słabsze, niż w rozpoznawaniu ciąży.



Na posiedzeniu popołudniowem Axhausen (Berlin) porusza sprawę powstawania wolnych ciał w stawach i opiera się na doświadczeniach, robionych na zwierzętach. Za pierwotną przyczynę mówca uważa uraz: w stawie kolanowym wywołuje to rzepka, uderzająca o kłykcie uda.

W 60% badanych przypadków mówca znalazł drobnowidzowo dające się uwidocznić pęknięcia chrząstki kości udowej, w 30% — takież pęknięcia chrząstki na wewnętrznej powierzchni rzepki. Doświadczenia wykazały, że zapalenie stawów zniekształcające nie jest powodowane wolnemi ciałami, znajdującemi się w stawie, lecz że oba cierpienia są sobie zupełnie równoległe.

Co się tyczy praktycznego znaczenia wyżej powiedzianego, to mówca wskazuje na to, że w każdym przypadku, gdzie mamy do czynienia z wolnem ciałem, znajdującem się w stawie, należy szeroko staw otworzyć, aby nietylko usunąć ciało obce, lecz w razie znalezionych uszkodzeń chrząstki takową zupełnie wyciąć. Tak samo mówca radzi postępować w przypadkach zapaleń stawów pochodzenia urazowego.

Wreszcie mówca zwraca uwagę na pewną formę zapalenia stawów, pokrewną zapaleniu zniekształcającemu, występującą w wieku młodzieńczym na skutek urazu, która może również być leczona drogą zabiegu chirurgicznego.

W dyskusyi zabiera głos Barth (Gdańsk) i zaznacza, że już przed 18 laty wskazywał na taki mechanizm powstawania ciał wolnych w stawach.

Goetjes (Kolonia) wskazuje na wielkie znaczenie więzadeł krzyżowych w patogenezie ciał wolnych w stawach.

Hohmeier (Marburg) wykazał doświadczeniami na zwierzętach, że po zupełnem zniszczeniu stawu można zachować bardzo dobrze jego ruchomość bez względu na to, czy pomiędzy powierzchnie stawowe będzie wprowadzona tkanka obca, czy też nie.

Payr (Lipsk), który pokrywa powierzchnie dotykające się w stawach powięzią, uważa, że u ludzi jest to zabieg nieodzowny, jeżeli chodzi o utrzymanie dobrej ruchomości zniszczonych stawów.

Göbell (Lipsk) pokrywa końce kości, dotykających się w stawach, płatami wolnej powięzi z bardzo dobrym wynikiem.

Hesse (Petersburg) przytacza przypadek, w którym zamieniono zniszczone więzadła krzyżowe w stawie kolanowym wolną powięzią z bardzo dobrym wynikiem.

Röpke (Barmen) osiągnął w wielu przypadkach znaczną ruchomość sztywnych stawów za pomocą pokrywania wolnych końców kości w stawach płatami tłuszczu.

* *
*

Następnie zabiera głos Heineke (Lipsk) w sprawie zaszczepiania nerwów do mięśni.

Drogą doświadczalną na zwierzętach mówca przekonał się, że jeżeli do mięśnia, nie pozbawionego swego nerwu, wszyć drugi nerw, to po upływie sześciu do siedmiu tygodni można doprowadzić do skurczu mięsień przez drażnienie nerwu wszczepionego. Również dobry wynik miał mówca po wszczepieniu pnia nerwowego do mięśnia porażonego od kilku tygodni. W ostatnim przypadku wynik nastąpił nie po 8 tygodniach, lecz po kilku miesiącach Mięsień, w którym można było zauważyć zanik włókien, znacznie poprawił się z chwilą, kiedy jego możność kurczenia się powracała. Mówca zaznacza, że wynik nie jest zależny od miejsca, w które wszywa się nerw.

Badania histologiczne wykazały, że cylindry osiowe wszytego nerwu wrastały w otoczki nerwu obumarłego w mięśniu.

W dyskusyi zabiera głos Katzenstein (Berlin), i zaznacza, że w doświadczeniach na małpach, w których przeszczepiał nerwy do splotów sparaliżowanych na skutek zapalenia substancyi szarej rdzenia, posługiwał się nerwem podobojczykowym lub n. zasłonowym strony przeciwnej. Wyniki doświadczeń były tak dobre, że mówca odważył się przenieść je na dzieci, dotknięte paraliżem po porażeniu rdzeniowem. Dotychczas mówca operował 6-ro dzieci ze znakomitymi wynikami.

* *
*

Gerulanos (Ateny) mówi o spostrzeżeniach, jakie zrobił nad uszkodzeniami nerwów podczas wojny Bałkańskiej i o dobrych wynikach zeszywania rozerwanych nerwów, po których zeszyciu trzeba było nieraz bardzo długo czekać na pożądany efekt.

Na zakończenie posiedzenia przemawia Wagner (Charków). Mówi on o leczeniu złamań kości udowej za pomocą wyciągu gwoździem Steinmanna. Leczył on tą metodą 70 złamań, i notuje znakomite wyniki zarówno pod względem anatomicznym, tak i czynnościowym. Mówca zaznacza, że metoda Steinmanna jest stanowczo najlepsza ze wszystkich metod, podanych dla leczenia złamań kości udowej a to dla tego, że opiera się na ścisłych danych fizyologicznych.

* *
*

Na rannem posiedzeniu czwartego (ostatniego) dnia zjazdu Voelcker (Heidelberg) wygłasza odczyt programowy p. t. „Studya doświadczalne w sprawie przyczyn pooperacyjnych zakrzepów i zatorów“. Fakt, że w przypadkach, gdzie krwawienie podczas operacyi nie było dokładnie opanowane, zakrzepy i zatory pojawiają się znacznie częściej, niż w przypadkach, gdzie operator dba skrupulatnie o tamowanie nawet drobnych krwawień, podsunął mówcy przypuszczenie, że przyczyny pooperacyjnego krzepnięcia krwi w naczyniach szukać należy w tych właśnie fermentach, jakie powstają we krwi na skutek wsysania się skrzepłej krwi w ranach. Doświadczenia V. polegały na tem, że wstrzykiwał on autolizowaną krew w ilości 20 $cm.^3$ królikom, od których krew tę brał za pomocą nakłucia żyły i przechowywał czas jakiś w termostacie. Wywoływało to zwiększenie się ciepłoty ciała i śmierć po pewnym czasie. Sekcya wykazywała skrzepy w prawej komorze serca. Mówca nie wyciąga ze swych doświadczeń wniosków, które możnaby przenieść na ludzi, w każdym bądź razie widzi w swem spostrzeżeniu pierwszy krok do ostatecznego zbadania przyczyn zakrzepów i zatorów pooperacyjnych.

Joseph (Berlin) potwierdza do pewnego stopnia wyniki badań V., zaznaczając, że gdy przed kilku laty wstrzyknął sobie wśródżylnie swoją kilka dni przed wstrzyknięciem wypuszczoną krew, przechowywaną w termostacie, dla celów zupełnie innych, widział po wstrzyknięciu zwiększenie się ciepłoty oraz ogólne osłabienie. Zachęca więc tych, którzy tem interesują się, do dalszych badań i poszukiwań na tem polu.

* *
*

Drugi odczyt programowy wygłosił Filipowicz (Wrocław) o tamowaniu krwawienia i zakrzepie aseptycznym. F. mówi o studyach, które wykonał na zwierzętach w celu ustalenia wartości hemostatycznej różnych tkanek organicznych żywych, jak tłuszcz, powięź, mięśnie i sieć. Mówca znalazł, że największą wartość w tym względzie posiada sieć, gdyż bardzo łatwo przykleja się do ran i również łatwo zrasta się z niemi.

Wynikiem badań F. jest przekonanie, że należy obecnie praktykowane

tamponowanie gazą zastąpić pokrywaniem krwawiącej powierzchni tkanką żywą, co wyłącza po części możliwość zakażenia rany drobnoustrojami, jak również zapobiega krwawieniom wtórnym.

Wohlgemuth (Berlin) podaje swą własną metodę tamowania krwawień śródmiąższowych, polegającą na stosowaniu tamponów z tkanki organicznej, a mianowicie—przygotowanych z kiszek baranich. Tampony te dają się wyjaławiać i nie tracą przy tem własności tkanki organicznej. Mówca pokazuje preparaty ran nerek, wątroby, śledziony oraz zatoki strzałkowej (sinus frontalis), tamponowanych tą metodą. Na miejscach tamponowanych niema śladu tamponu, który uległ wessaniu, widać atoli bogato rozwiniętą tkankę łączną blizny.

W sprawie tamponowania ran rozwija się ożywiona dyskusya.

Pierwszy zabiera głos Jaeger (Wrocław), który, jako współpracownik poprzedniego mówcy, gorąco poleca jego metodę.

Hesse (Petersburg) stosuje z powodzeniem w celu tamowania krwawienia wolne przeszczepianie sieci; jest to — zdaniem mówcy — metoda, która daje znakomite wyniki, specyalnie na wątrobie i śledzionie. Na 113 ran szarpanych wątroby stosował mówca 22 razy pokrywanie powierzchni krwawiącej siecią zawsze z bardzo dobrym wynikiem. Kwawienie ustawało zaraz po przyłożeniu sieci, i krwawień wtórnych nie było. W jednym przypadku udało się mówcy zatamować krwotok wątroby, gdzie dla rozległości powstałego ubytku musiał zużyć całą sieć. Mówca stosował tę metodę 3 razy w przypadkach ran śledziony również z dobrym wynikiem.

Kocher — ojciec (Bern) na początku przemówienia z wielkiem uznaniem wyraża się o wyniku doświadczeń Voelckera, zaznaczając, iż już zwrócił uwagę na to, że hemostaza przy operacyi jest najlepszym środkiem zapobiegawczym powstawaniu zatorów i zakrzepów pooperacyjnych. Mówca zaznacza, że raz przebyty zakrzep jest do pewnego stopnia wskazaniem na to, że cierpienie to w każdej nowej okazyi powtórzyć się może. Należy zatem zwracać bacznie uwagę na to, czy idący na stół operacyjny pacyent nie posiada starych zakrzepów, naprzykład w żylakach na nogach, które zawsze dobrze jest zapobiegawczo wyłączać z krwiobiegu za pomocą podwiązania podskórnej żyły odpiszczelowej metodą Trendelenburga.

W sprawie hemostazy zaznacza mówca, że miał bardzo dobre wyniki, stosując metodę przenoszenia na rany sieci, ponieważ zabieg ten nie zawsze jednak jest możliwy, mówca radzi wykonać doświadczenia z koaguliną.

Na zakończenie przemowy K. wita z radością próby wprowadzenia do chirurgii operacyjnej tamponów z tkanki organicznej.

Kelling (Drezno) uzależnia powstawanie zakrzepów od wczesnego wstawania pacyentów po operacyach. Mówca jest zdania, że wskutek stania zwiększa się ciśnienie hydrostatyczne w żyłach, które prowadzi do krzepnięcia krwi i tworzenia się zakrzepów.

König (Marburg) krytykuje ostro używanie tłuszczu, a więc np. sieci, dla celów hemostazy. Jego zdaniem — przenoszenie tłuszczu na rany powoduje zgorzel tkanek. Do tamponowania ran zaleca mówca gąbkę sterylizowaną, która wgaja się aseptycznie do rany. K. spostrzegał po kilku ty-

godniach organizowanie się skrzepów krwi w okach gąbki, która po pewnym czasie jest przerośnięta tkanką żywą.

Albrecht (Wiedeń) wskazuje na znakomite własności ciał lipoidalnych w sprawie tamowania krwotoków, niestety jednak otrzymywanie ciał lipoidalnych w takich ilościach, w jakich mogłyby one oddać usługi chirurgii, jest praktycznie niemożliwe. A. używał do tamowania krwotoków z powodzeniem gąbki, powrócił jednak do środków chemicznych, któremi osiąga lepsze wyniki. Używa popiołu kostnego, który rozciera w formie sproszkowanej z brenzkatechiną [C_6 H_4 $(OH)_2$]. Proszkiem tym dają się znakomicie tamować krwotoki z kości.

Perthes (Tübingen) poleca do celów hemostatycznych wyciśnięte soki z organów, specyalnie — z wola. Działają one dobrze nawet u hemofilików i dają się stosować do tamowania krwotoków pęcherza moczowego przy cystoskopii, gdzie ostatnia nie może być wykonywana ze względu na ciągłe napływanie krwi do pęcherza.

Körte (Berlin) poleca przeszczepianie sieci na ranę, powstałą po odpreparowaniu pęcherza żółciowego od wątroby. W sprawie zakrzepów pooperacyjnych mówca jest zdania, że wstawanie wczesne czy późne po operacyi jest zupełnie bez wpływu. Leżenie po operacyi nie jest momentem ułatwiającym powstawanie zakrzepów. Jego pacyenci wstają zwykle po amputacyach na drugi, trzeci dzień po operacyi, a trombozy u nich nie są wyłączone.

Friedrich (Królewiec) podziela w zupełności mniemanie Königa; jest on zdania, że krwawienia śródmiąższowe narządów brzusznych za często prowadzą do sekcyi. Należy, zdaniem mówcy, operować w miejscowem niedokrwieniu, a tamponować zmiażdżoną tkanką tegoż organu, który jest zraniony. Rzadko zwraca się uwagę na to, że miesiączkowanie u kobiet jest do pewnego stopnia momentem, wywołującym zakrzepy. Kobiety, szczególniej starsze, bardzo często miesiączkują podczas, albo zaraz po operacyi, która jest tak silnem wstrząśnieniem systemu nerwowego, że zdolna jest wywołać peryod nawet w kilka dni po niedawno odbytym. Jest to bezwarunkowo moment, który tłómaczy fakt, że zakrzepy częściej zdarzają się u kobiet, niż u mężczyzn. Mówca jest zdania, że badania Voelckera zasługują na uwagę.

Haberer (Wrocław) przypomina o zakrzepach w głębokich żyłach łydek, w których podwiązanie żyły podskórnej odpiszczelowej nietylko nie pomaga, lecz zaszkodzić może. Mówca zaleca nadzwyczajną ostrożność w zapobiegawczem stosowaniu metody Trendelenburga.

Dreyer (Wrocław) pokazuje operacyjnie usunięty czop z tętnicy podbrzusznej u pacyenta, który wkrótce po operacyi zmarł wskutek zatoru w łuku aorty.

Riedel (Jena) przypomina, że zakrzepy naczyń udowych prawostronnych zdarzają się częściej, niż lewostronnych; przyczyny tego szukać należy w stosunkach anatomicznych, które na obu stronach są różne w przebiegu naczyń udowych. Mówca zwraca uwagę na to, że podczas operacyi brzusznych należy bacznie uważać na oddech operowanych. Oddech wol-

ny i niepełny może bowiem mieć duży wpływ na krzepnięcie krwi w naczyniach. Pooperacyjne wysokie układanie tułowia pacyentów nie dało dobrych wyników w sprawie zapobieżenia tworzenia się zakrzepów, jedyne, co okazało się pożytecznem, jest nakłanianie pacyentów do ruszania dolnemi kończynami oraz częsta zmiana pozycyi chorych.

* *
*

Następny odczyt programowy wygłosił Mühsam (Berlin) o wynikach wyjęcia śledziony w różnych postaciach niedokrwistości. Mówca uważa, że choroba Bantiego może być wyleczona za pomocą wycięcia śledziony; operował on jeden przypadek przed 2½ laty, w którym nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Również możliwe jest wyleczenie hemolitycznej żółtaczki wycięciem śledziony, czego dowodzą przypadki, operowane przez Bantiego przed 10 laty. Co do leczenia chirurgicznego złośliwej niedokrwistości (anaemia perniciosa), to mówca uważa, że splenektomią można wprawdzie sprowadzić polepszenie, lecz tylko czasowe; doświadczenie swe opiera mówca na 15 chorych, których operował. 8 żyje — 5 zmarło zaraz po operacyi, 2 — w kilka tygodni po zabiegu.

Goldschmidt (Wiedeń) mówi o czynności śledziony. Badał on krew po przejściu tejże przez śledzionę i zauważył, że jej odporność osmotyczna jest znacznie niższa w żyle śledzionowej, niż w innych naczyniach. Zauważył mówca również, że śledziona zwierząt, sztucznie anemizowanych, posiada znacznie silniejsze działanie hemolityczne, niż śledziona zwierząt prawidłowych.

Guleke (Strassburg) mówi o dwóch przypadkach, w których wycięcie śledziony nie dało pożądanych wyników w anemii złośliwej. Mówca radzi zaniechać operacyi w tych przypadkach, gdzie ilość hemoglobiny w krwi jest mniejsza, niż 20%, a liczba czerwonych ciałek krwi opadła poniżej 500,000.

Seefisch (Berlin) uważa, że białaczka powinna stać w rzędzie chorób, które można leczyć chirurgicznie za pomocą wycięcia śledziony. W jednym przypadku uzyskał mówca wprawdzie niezupełne wyzdrowienie, w każdym bądź razie — polepszenie znaczne. Mówcy wystarcza to, że chora uważa się za wyleczoną. W przypadkach anemii należy operować możliwie wcześnie. W przypadkach zapuszczonych dobrze jest naświetlać śledzionę promieniami Röntgena w celu zmniejszenia jej objętości i udostępnienia dla wycięcia.

v. Eiselsberg (Wiedeń) mówi o znakomitych wynikach po wycięciu śledziony, które stosował w 4 przypadkach żółtaczki hemolitycznej, 7 — anemii złośliwej, 3 — zakrzepowego zapalenia żył i 1 — choroby Bantiego. We wszystkich wyżej wymienionych przypadkach mówca notuje wyzdrowienia zupełne.

Floercken (Paderborn) wykonał wycięcie śledziony w 2 przypadkach anemii złośliwej. W jednym przypadku nastąpiła śmierć zaraz po operacyi, w drugim od — 8 dnia po operacyi zaczęła się poprawa stanu ogólnego. O wyleczeniu zupełnem mówca nie chce mówić, wskazuje jednak na znacz-

ną poprawę stanu ogólnego. Jako ważny moment uważa mówca to, by nie zwlekać zbyt długo z operacyą.

Anschütz (Kiel) dokonał wycięcia śledziony w dwóch przypadkach żółtaczki hemolitycznej z zadawalającym wynikiem. W jednym przypadku pacyentka (dziecko) dostała napadów padaczkowatych zaraz po operacyi, które ustały. Dziecko jest zdrowe i ataków więcej niema. W jednym przypadku anemii złośliwej, w którym mówca dokonał wycięcia śledziony, nastąpiła śmierć po operacyi.

W sprawie wskazania do operacyi mówca radzi zwracać się do internistów, którzy na tem polu mają znacznie większe doświadczenie.

Fensterer (Wiedeń), który dowiódł, że po splenektomii rozwijają się organy podobne anatomicznie i czynnościowo do śledziony, zaznacza, że miał dodatnie dobre wyniki po tej operacyi w przypadkach anemii złośliwej.

Küttner (Wrocław) widział, że po wycięciu śledziony u zdrowego człowieka rozwinęło się kilka nowych śledzion, które czynnościowo odpowiadały jednej śledzionie.

W sprawie stosowania wycięcia śledziony w przypadkach anemii radzi mówca być bardzo ostrożnym, gdyż wyniki dotychczasowe nie zachęcają jeszcze do rozległego stosowania tej metody leczenia.

Wullstein (Bochum) dokonał wycięcia śledziony u nowonarodzonego dziecka, u którego rozpoznano chorobę Bantiego przed 2-ma tygodniami. Śledziona była bardzo duża, wątroba również powiększona. Hemoglobiny było 30% we krwi, a liczba ciałek czerwonych przewyższała nieco milion, gdy leukocyty znajdowały się w liczbie 10,000. Mówca określa ten stan, jako anaemia splenica. Dziecko po operacyi tak poprawiło się, że mówca nie może inaczej nazwać tego, jak zakwitnięciem zwiędłego pączka.

Jenckel (Altona) nie widział pomyślnych wyników po wycięciu śledziony w złośliwej anemii.

Friedrich (Królewiec) radzi, aby lekarze interniści wyrokowali o tem, czy należy wykonać wycięcie śledziony, czy nie, za co otrzymuje oklaski w sali.

Na zakończenie dyskusyi zabiera głos Mühsam i radzi nie operować takich pacyentów, którzy są skłonni do krwotoków.

Następny odczyt programowy wygłasza Jenckel (Altona) o pooperacyjnej zgorzeli trzustki, której obserwował 2 przypadki ostre po operacyach na organach nie sąsiadujących z trzustką; raz jeden — po usunięciu torbieli jajnika, a drugi—po operacyi raka esicy. System żółciowy był w obu przypadkach zupełnie prawidłowy, musiano jednak również w obu wycinać sieć. Mówca wypowiada przypuszczenie, że zgorzel trzustki nastąpiła wskutek zatoru, pochodzącego z żył kikuta sieci.

W dyskusyi zabiera głos Küttner (Wrocław) i zwraca uwagę na to że nie należy nigdy pokrywać kikuta dwunastnicy trzustką, jak to zalecają niektórzy chirurdzy, przy wycinaniu żołądka. Jest to narażenie chorego na zapalenie otrzewnej, gdyż sok trzustki strawi tkankę, przylegającą do substancyi trzustki.

Körte (Berlin) widział niejednokrotnie postać wysiękową zapalenia

trzustki (pancreatitis exsudativa). Wysięk powstaje wskutek drażnienia pozaotrzewnowego leża trzustki.

Payr (Lipsk) mówi o zastosowaniu elektromagnesu. Mówca miał myśl napełnienia kiszek drobnosproszkowanem żelazem magnetycznem w celu działania na nie za pomocą bardzo silnego elektromagnesu. Myśl tę rozwinął i stosuje ją dzisiaj z powodzeniem dla celów rozpoznawczych, wykrywając zupełnie dokładnie umiejscowienie bólu w jamie brzusznej, lub w celu rozrywania zrostów pooperacyjnych.

Do kanału pokarmowego mówca wprowadza tlenek żelaza magnetyczny przez usta, lub przez kiszkę stolcową, stosownie do miejsca, gdzie chce magnesem zadziałać. Magnes, którego używa, jest tak silny, że działa nawet w oddaleniu 15-centymetrowem. Badaniem histologicznem mówca wykazał, że po użyciu magnesu w tkance kiszek nie ma żadnych uszkodzeń, ani krwotoków.

Dotychczas P. leczył 25 przypadków zrostów brzusznych pooperacyjnych metodą elektromagnesową, wszystkie z bardzo dobrym skutkiem.

Payr pokazuje następnie swój magnes oraz jego zastosowanie.

* *
*

Oser (Wiedeń) mówi o 164 przypadkach zapalenia szpiku kostnego, operowanych w klinice Eiselsberga, z których w 71 przypadkach nastąpił nawrót, w niektórych nawet wielokrotny. Niektóre nawroty występowały po dłuższym czasie po dokonanej operacyi. Bakteryologiczne badania wykazały 73% zapaleń szpiku, wywołanych przez paciorkowców, 24% zapaleń gronkowcowych i 3% — spowodowanych innymi drobnoustrojami.

v. Bergmann (Riga) mówi o wynikach operacyi w zapaleniach szpiku, które dają dobre wyniki, jeżeli szeroko rezekuje się kość. Do anatomii patologicznej zapalenia kości wprowadza B. nowy podział, osnuty na rokowaniu po operacyi.

* *
*

Pribram (Lipsk) mówi o wynikach swych badań nad wprowadzaniem do jamy brzusznej ciała szklistego z oczu cieląt w celu zapobieżenia tworzenia się zrostów, lub pokrycia krwawiących powierzchni, powstałych po rozdzieleniu zrostów. W bardzo małych rankach metoda ta dała wyniki dobre, zawiodła jednak tam, gdzie pole tworzenia się zrostów było większe.

Kocher (Bern). W jednym przypadku zawęźlenia żołądka mówca zauważył, że wszystkie kiszki pokryte były masą szklistą, pochodzącą z zatrzymania się odpływu w naczyniach mleczowych. To skłoniło mówcę do przygotowania płynu, analogicznego mleczowi i stosować go w przypadkach, gdzie należy obawiać się zrostów otrzewnowych. Ostatnimi czasy używał mówca w tym celu mleko homogenizowane, lecz jeszcze nie może dać sprawozdania z wyniku stosowania tej niedawno pierwszy raz zastosowanej metody.

* *
*

Opitz (Giessen) zwraca uwagę na to, że zachorzenia kiszki grubej są o wiele częstsze od zachorzeń wyrostka robaczkowego. Zbadał mówca to przy 160 laparotomiach ginekologicznych, w których większości znalazł ślady przebytych spraw zapalnych na kiszce grubej, specyalnie — na esicy. Mówca chce tem wytłómaczyć okoliczność, że tak często po usunięciu wyrostka robaczkowego bóle w okolicy kiszki ślepej pozostają. Mówca zachęca do dalszych studyów w tym kierunku.

Löwen (Lipsk) pokazuje preparaty kolosalnych zgrubień kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego.

Heile (Wiessbaden) omawia znaczenie fizyologiczne wyrostka robaczkowego na podstawie własnych studyów i doświadczeń.

Meisel potwierdza spostrzeżenie Opitza i zaznacza, że bardzo często widzi się zmiany patologiczne na esicy, kiszce ślepej i wyrostku robaczkowym, które trudno jest powiązać ze sobą, lub jedne od drugich uzależnić.

Clairmont (Wiedeń) omawia metodę operowania raka kiszki grubej za pomocą wycięcia kiszki z usunięciem krezki z naczyniami doprowadzającemi oraz z gruczołami chłonnymi aż do samej aorty. Tylko po usunięciu gruntownem wszyskich gruczołów mówca spodziewa się widzieć dodatnie wyniki, a operacyę usunięcia raka kiszki grubej należy ukształtować podobnie, jak ją ukształtował Wertheim dla raka macicy.

Na zakończenie mówca pokazuje metodę wykonania tej radykalnej operacyi na tablicach. Metoda jest inna dla części poszczególnych okrężnicy.

Metodą tą mówcy raz jeden udało się wyleczyć przypadek gruźlicy kiszek w okolicy kiszki ślepej.

Finsterer (Wiedeń) mówi o znaczeniu wycinania oddzielnych części przewodu pokarmowego.

* *
*

Na posiedzeniu popołudniowem Jensen (Kopenhaga) mówi o szyciu i przeszczepianiu ścięgien. Mówca uważa, że po zeszyciu ścięgien lub po przeszczepieniu tychże należy bardzo szybko zacząć ruszać niemi ze względu na późniejszą czynność Co się tyczy samego zeszywania ścięgien to dobrze jest wzmocnić zeszyte ścięgno przeszczepionym płatkiem wolnej powięzi.

* *
*

Franke (Rostock) wygłasza odczyt programowy o leczeniu chirurgicznem gruźlicy gruczołów krezkowych. Doświadczenie swe opiera mówca na 90 przypadkach gruźlicy gruczołów krezkowych, spostrzeganych w klinice Müllera i zaznacza, że najczęściej spotykał przypadki, w których zaatakowane były gruczoły okolic kiszki ślepej, z których ropienie roztaczało się na jamę otrzewną. Mówca zaznacza, że objawy kliniczne tego cierpienia są zwykle minimalne, a rozpoznanie ostateczne często bywa możliwe dopiero podczas operacyi. W wyżej wspomnianych 90 przypadkach rozpoznano 20 razy niedrożność kiszek, 20 razy zapalenie wyrostka robacz-

kowego, 7 razy zapalenie otrzewnej i t. d. i tylko 19 razy zrobiono rozpoznanie trafne.

W 56 przypadkach, w których stosowano zabieg połowiczny, jak wyskrobanie, częściowe wycięcie, lub nacięcia, mówca notuje 46 wyzdrowień i 10 zejść śmiertejnych; w 28 przypadkach wyjęto doszczętnie zajęte gruczoły z bardzo dobrymi wynikami. Mówca z pewnem zdziwieniem zaznacza, że u dzieci przy gruźlicy gruczołów krezkowych wystarcza nieraz laparotomia bez dotykania się gruczołów, żeby sprowadzić zupełne wyzdrowienie.

W dyskusyi zabiera głos Bier (Berlin). Mówca zaznacza, że w niektórych przypadkach gruźlicy gruczołów krezkowych występują objawy charakterystyczne dla wrzodu dwunastnicy. Mówca operował 3 razy w takich objawach, gdzie sam zrobił rozpoznanie ulcus duodeni, znalazł jednak tylko zropiałe gruczoły krezkowe; po ich wyjęciu pacyenci szybko przychodzili do zdrowia. Rozpoznanie cierpienia powyższego nie jest trudne, jak mówi B., trzeba tylko mieć je na względzie i pamiętać o niem.

Küttner (Wrocław) podziela w zupełności zdanie Frankego co do możliwości wyleczenia gruźlicy gruczołów krezkowych za pomocą samego otwarcia brzucha. Operował on w ten sposób troje dzieci i przez stałą ich kontrolę skonstatował, że są zupełnie zdrowe od czasu operacyi.

de Quervain (Bazylea) jest przeciwnikiem leczenia operacyjnego gruźlicy gruczołów krezkowych i wychodzi z założenia, że jeżeli można zachowawczo leczyć gruczoły szyi, to również dobrze można w ten sposób leczyć gruczoły krezkowe, nie narażając pacyentów na niebezpieczeństwa laparotomii.

Körte (Berlin) zaznacza, iż nie uważa, żeby gruczoły krezkowe, zropiałe wskutek gruźlicy, nadawały się do leczenia zachowawczego. W przypadkach, które dają nieraz bardzo ciężki obraz kliniczny, następuje znaczna poprawa zaraz po operacyi.

Müller (Rostock) zaznacza, że leczenie zachowawcze nie nadaje się w gruźlicy gruczołów krezkowych chociażby z tego względu, iż nigdy nie wiadomo, czy zbiorniki ropy nie są blizkie pęknięcia. Sama więc obawa gruźliczego zapalenia otrzewnej powinna odstraszać od leczenia zachowawczego.

Friedrich (Królewiec) jest zdania, że pierwotnej gruźlicy gruczołów krezkowych nie ma, i że jest ona zawsze wskutek gruźlicy płuc lub kiszek.

v. Hofmeister (Stuttgart) podziela zdanie Müllera i odradza leczyć gruźlicę gruczołów krezkowych zachowawczą metodą.

Następny odczyt programowy p. t: „Przyczynek do chirurgii żołądka na skutek 1000 przypadków chirurgicznych zachorzeń tegoż“ wygłasza Küttner (Wrocław). Mówca zaznacza, że 60% chirurgicznych zachorzeń żołądka — to jego rak, z których tylko 20% można operować.

Co się tyczy metod operacyjnych, mówca radzi stosować II metodę Billrotha tylko w tych przypadkach, w których rak znajduje się na krzywiźnie małej, mówca operuje metodą Schömachera. Operacya dwuczasowa daje dobre wyniki, należy jednak zawsze liczyć się z tem, że niektórzy pacyenci nie dają się drugi raz wziąć na stół operacyjny.

Na 262 wycięć żołądka, mówca ma śmiertelność 25%, gdy gastroenterostomia daje śmiertelność 18%.

Ratioterapia i rentgenoterapia, stosowana po operacyi, nie wpływa na zapobieganie powstawania nawrotów, promienie Röntgena mogą oddać nieocenione usługi w rozpoznawaniu owrzodzeń żołądka.

Mówca zaznacza, iż nie wycina nigdy wrzodu okrągłego, a tylko takie ulcera callosa, które są podejrzane odnośnie raka. Wrzód zwyczajny leczy za pomocą gastroenterostomii, która daje 65% wyników dobrych ostatecznych. Anastomoza, zrobiona za pomocą szwu, a nie za pomocą guzika Murphyego, funkcyonuje dobrze, o czem niejednokrotnie mówca przekonał się na radiogramach.

Perthes wygłasza programowy odczyt o studyach nad wycięciem żołądka we wrzodzie żołądka, które stosuje od 3 lat, gdyż gastroenterostomia nie dała mu dobrych wyników. Na 18 przypadków, które operował, ma tyleż wyzdrowień zupełnych. Jeżeli podczas operacyi znajdzie się w żołądku ulcus callosum, to natychmiastowe badanie drobnowidzowe wyrokuje o dalszych losach operacyi.

Haudeck (Wiedeń) uważa, że obraz rentgenowski może w przypadkach wrzodu żołądka doskonale wyrokować o tem, czy dany przypadek do operacyi nadaje się, czy też nie; kto widział dużo rentgenogramów żołądka z wrzodami i po operacyach, ten łatwo będzie mógł za pomocą rentgenogramu precyzyować wskazanie.

v. Haberer (Insbruk) mówi o owrzodzeniach żołądka, które są niedostępne dla rozpoznania ścisłego; w tych przypadkach należy zawsze robić wycięcie żołądka.

Clairmont (Wiedeń) zaznacza, że leczenie wrzodów żołądka za pomocą gastroenterostomii nie jest pozbawione niebezpieczeństwa, jeżeli np. w miejscu, gdzie kiszka jest wszyta do żołądka, pojawi się wrzód peptyczny, co zdarza się nie tak rzadko.

Anschütz (Kiel) widzi dobry sposób leczenia wrzodów żołądka za pomocą jego wycięcia. Zwraca mówca uwagę na przypadki, gdzie nastąpiły zrosty żołądka z kiszką grubą, które są bardzo trudne do leczenia ze względów technicznych oraz ze względu na ciężki stan chorych w tego rodzaju zmianach patologicznych.

v. Saar (Insbruk) przedstawia pacyenta, którego operował wskutek rzadkiej bardzo ropowicy okrężnicy wstępującej w zapaleniu ropnem otrzewnej. Mówca wyciął okrężnicę wstępującą, która była przedziurawiona w kilku miejscach. Na drugiem posiedzeniu mówca wykonał ileotranswersostomię z dobrym wynikiem.

Ostatni przemawia Guleke (Strassburg), który operował 11 przypadków owrzodzeń żołądka, lub dwunastnicy. Przy gastroenterostomii wykluczał on swoją metodą odźwiernik. Metodę swoją poleca, jako praktyczną.

HENRYK GROMADZKI.

Dopełnienie do artykułu Stanisława Rotberga:

Przyczynek do kazuistyki ujemnego działania wysokiego ułożenia miednicy (położenia Trendelenburga) podczas operacyi.

(Patrz str. 140).

Już po wydrukowaniu artykułu ogłosił w omawianej sprawie rozprawę Kenneth A. Lees: „Surgical emphysema folloving operation in the Trendelenburg position" w Brit. med. journ. 1914, Januar 3. (Streszczenie w Zentrbl. f. Chirurgie № 19, 1914).

Po ginekologicznej operacyi w pozycyi Trendelenburga wystąpiła odma powietrzna (emphysema) całej ściany brzucha i prawego uda wzdłuż naczyń krwionośnych do połowy długości tegoż uda. Po tygodniu wszystko ustąpiło.

Ścianę brzuszną zaszyto jeszcze w wysokiem ułożeniu miednicy. Przytem powietrze, znajdujące się w jamie brzusznej, wskutek częstych pobudzeń wymiotowych po operacyi przedostało się poprzez szparę otrzewnej do tkanki łącznej i utorowało sobie wreszcie drogę wzdłuż naczyń uda.

Redaktor **A. Leśniowski.** Wydawca **C. Stankiewicz.**

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.